



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Matthew Brune, Executive Deputy Commissioner

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

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY DIRECTIVE #13-19-ELI

CHILD CARE IN LIEU OF CASH ASSISTANCE (CILOCA)

(This Policy Directive Replaces PD #13-12-ELI and Obsoletes CD #13-17 and PB #06-106-OPE)

Date: August 15, 2013	Subtopic(s): Cash Assistance, Child Care
---------------------------------	--

AUDIENCE The instructions in this policy directive are for staff in the Job Centers and are informational for all other staff.

REVISION TO THE ORIGINAL DIRECTIVE This policy directive has been revised to inform staff at the Job Centers that:

- they will no longer process approvals for CILOCA.
- effective September 1, 2013 all approvals for Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) cases will be centralized and overseen by the FIA Child Care Review Team (CCRT).
- the CCRT will be responsible for reviewing the eligibility for CILOCA of those individuals who are predetermined to be eligible for CILOCA by the Job Center.
- the Centers' CILOCA Liaisons will be responsible for forwarding CILOCA case information to the CCRT and of all communication between the Centers' staff and the CCRT.

POLICY Applicants deemed eligible for or participants in receipt of Cash Assistance (CA) may choose to receive Child Care Assistance instead of CA under a provision in the Child Care Block Grant that guarantees child care services to households that meet the CA income and resources criteria as well as the program eligibility requirements for 'Child Care in Lieu of Cash Assistance' (CILOCA).

Parents/guardians must work a minimum number of hours or earn a minimum dollar amount per week to be eligible for CILOCA.

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*

There is no time limit on receiving CILOCA if the household's income and resources remain within CA limits and the minimum hours/income requirements for CILOCA are met.

BACKGROUND

CILOCA will assist eligible low-income families in achieving self-sufficiency by providing the child care subsidies needed to maintain their employment without requiring them to receive CA benefits and comply with certain CA requirements.

To be eligible for CILOCA, an individual must apply for CILOCA and be deemed eligible for or is in receipt of CA, be employed, and meet the State's minimum wage and/or minimum hours required for CILOCA.

Families in receipt of CILOCA must pay directly to the provider a fifteen dollar per week family fee for full-time (or twelve dollars per week for part-time) child care assistance regardless of how many of their children require care.

If an applicant's/participant's child care provider charges more than the maximum market rate set by the New York State Office of Children and Family Services (OCFS), the applicant/participant will need to pay to the provider the difference between the OCFS market rate and the rate charged by the provider or he/she will have to find a different provider. This is in addition to the fifteen (or twelve) dollar per week family fee.

If a CILOCA case is subsequently denied or closed due to an excess or increase in earned income, increased hours of employment, increase in child support or voluntarily closed their CILOCA case while the household is still eligible for CA, the household may receive Transitional Child Care (TCC) benefits for a maximum of 12 additional months, if eligible.

CILOCA Eligibility Requirements

Child-only cases are not eligible for CILOCA

To qualify for CILOCA, at least one parent/guardian applying for or in receipt of CA must meet the immigrant/citizenship status requirement and must have or have applied for a Social Security number.

In addition, when determining eligibility for CILOCA, the income and resources of all mandatory household members of the CA filing unit must be counted, unless the income or resource is otherwise exempt.

To be eligible for CILOCA, the parent/guardian must:

CILOCA cannot be provided for a child over age 13 even if the child has special needs

- apply for and be deemed eligible for CA or be in receipt of CA and elect to close the CA case;
- be in need of child care for at least one child under the age of 13;
- use an eligible child care provider; and
- meet the minimum income/hours worked requirement as follows:

Single-parent households:

- The parent/guardian is employed or self-employed earning at least the State minimum wage of \$7.25 per hour and earns at least \$127 per week or \$550 per month; **OR**
- The parent/guardian is employed at least 17.5 hours per week in a job exempt from minimum wage rules that is paying less than minimum wage. (*See note below for examples of exempt jobs).

Two-parent households:

- A two-parent household in which both parents are employed or self-employed earning at least the State's minimum wage of \$7.25 per hour and are earning at least \$181 per week combined or \$784 per month combined; **OR**
- A two-parent household in which both parents are employed for a combined total of at least 25 hours per week in jobs exempt from minimum wage rules that pay less than minimum wage; **OR**
- A two-parent household in which one parent is employed or self-employed who is earning at least the State minimum wage and the other parent is employed in a job exempt from minimum wage rules that is paying less than minimum wage. The parent earning at least minimum wage or who is self-employed must earn at least \$127 per week or \$550 per month and the parent working in a job earning less than minimum wage must be working a minimum of 7.5 hours per week.

Note: Some minimum wage exempt jobs include but are not limited to:

- Taxicab drivers
- Part-time babysitters (parent employed as a PT babysitter)
- Ministers and members of religious orders
- Tipped employees (Tips must be counted along with the earnings to determine minimum wage)
- Piece rate workers
- Independent contractors
- Newspaper delivery persons
- Food service workers
- Hairdressers or aestheticians
- Valet parking attendants
- Doorpersons

Most minimum wage exempt jobs rely on tips to bring the earnings up to the minimum wage standard. Tips must be reported and counted as earned income. If the tips are collected and distributed by the employer, the amount of tips earned should be reflected in the paystub or employer letter. Otherwise, tips may be reflected in the previous year's income taxes filed or under special circumstances can be attested to in writing by the applicant/participant and budgeted accordingly. However, these individuals must meet the hours/week requirement for single parent or two parent households.

The Child Care Guarantee Informational (**M-528m**), which explains the CILOCA eligibility requirements, is included in the CA application/recertification kits.

Since July 24, 2009 households requesting or in receipt of CILOCA are not required to pursue child support as a condition of eligibility.

Pursuing child support is not an eligibility requirement for CILOCA or TCC. However, staff should encourage individuals to pursue child support on their own behalf as a means of increasing self-sufficiency.

Any CILOCA recipient who intentionally reduces his/her income or the number of hours he/she works in order to maintain CILOCA eligibility will lose the child care assistance guarantee.

Benefits of Choosing CILOCA

- The child care assistance subsidy does not count against the CA time limits. Therefore, the remaining months of eligibility for CA can be saved for a time when greater financial assistance is needed.

- There are no durational restrictions attached to CILOCA. A family may continue to receive the child care subsidy as long as it meets the eligibility criteria for CILOCA.
- An individual in receipt of CILOCA who is employed for less than 35 hours a week is not required to participate in additional work activities because he/she is not in receipt of CA.
- Participants who choose CILOCA instead of CA will receive all court-ordered child support money paid by the noncustodial parent.
- Individuals choosing CILOCA are not subject to substance abuse or domestic violence screening requirements, are not required to sign a property lien, and are not required to pursue court ordered child support. However, they must still comply with all other eligibility requirements such as compliance with the Bureau of Eligibility Verification (BEV), finger imaging, etc.
- Applicants/participants receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (or who wish to apply for SNAP) may be eligible for a higher amount of SNAP benefits than if they were in receipt of CA because the household's budgeted income would be lower without the CA benefits.
- Applicants/participants may still be eligible for other benefits and services, if needed, such as Medicaid, Home Energy Assistance Program (HEAP), SNAP and child support enforcement services.

Individuals in need of other services such as emergency housing, DV or substance abuse may not benefit from choosing CILOCA until those needs are addressed.

Applicants/Participants Requesting CILOCA

In order to identify applicants/participants requesting CILOCA, when the JOS/Worker indicates in POS that the applicant/participant is requesting CILOCA, POS will relay this information to NYCWAY. NYCWAY will post the following Action Codes:

- **918L** (Request for CC in Lieu of CA – Applicant); or
- **118L** (Request for CC in Lieu of CA – Participant).

Action Code **918L** or **118L** will trigger the Employability Plan (EP) to display only the language and child care sections required for CILOCA.

Withdrawing a Request for CILOCA

If the applicant decides not to pursue his/her request for CILOCA after Action Code **918L** has been posted in NYCWAY, the JOS/Worker will deselect the CILOCA option in the **Disposition Window** in POS which alerts the system that the applicant is withdrawing their CILOCA request. POS will relay this information to NYCWAY. NYCWAY will post Action Code **918D** (Withdrawal Request for CC in Lieu of CA – Applicant).

If the participant decides not to pursue his/her request for CILOCA after Action Code **118L** has been posted in NYCWAY, the JOS/Worker will deselect the CILOCA option in the **Disposition Window** in POS to indicate that the participant is withdrawing their CILOCA request. The JOS/Worker will manually enter Action Code **118D** (Withdrawal Request for CC in Lieu of CA – Participant) in NYCWAY.

Action Code **918D/118D** will indicate the applicant's/participant's intention to withdraw his/her request for CILOCA. The **918D/118D** will shut down the EP with action code **119T** (EP Terminated). A new EP must be initiated that will open up all elements of the EP for a complete assessment of the individual's employability and initiate any referrals required. These Action Codes are not used for persons already in receipt of CILOCA.

Participants already in receipt of CILOCA who wish to receive CA instead of CILOCA must apply for CA benefits at his/her local Job Center.

Processing the CILOCA Request

The Job Centers are responsible for conducting the initial CILOCA interview and collecting **all** of the required documentation to make a determination of CILOCA eligibility.

If the household is determined ineligible for CILOCA, the Job Center is responsible for processing the CILOCA denials.

Effective September 1, 2013, if the Job Center determines that the household is eligible for CILOCA, the Center's CILOCA Liaison must refer the case to the FIA Child Care Review Team (CCRT) located at 109 East 16th Street, NY, NY 10003.

The CCRT will review each case referred to them to ensure that the household has met all of the CA and CILOCA eligibility requirements.

If the CCRT finds that a CILOCA applicant is ineligible, or that there is a discrepancy or missing information in the case, they will contact the Center's CILOCA Liaison and communicate the reason for ineligibility, and the discrepant or missing information, if any.

If the CCRT deems a case eligible for CILOCA, the CCRT will pull the case from the Job Center in POS, complete the case activity and accept the case for CILOCA using the CA rejection code **F98**. The Job Centers are not to process any CILOCA case acceptances.

The Welfare Management System (WMS) rejection/closing code **F98** (CA Denied/Closed Because of Request for Child Care in Lieu of CA) is used to identify applicants/participants who have completed the eligibility process and are deemed eligible for CILOCA.

In order for child care payments to continue seamlessly through the transition from CA to CILOCA, when the Automated Child Care Information System (ACCIS) reads the **F98** code posted in WMS, ACCIS will change the reason for care code to **15** and continue to provide child care payments although these cases appear rejected/closed for CA.

ACCIS will check the data in NYCWAY and WMS weekly to ensure that the code **F98** status has not changed. Once a CA case has been rejected/closed with code **F98**, the CCRT handles all further child care activity on the case including the CILOCA recertification.

CILOCA Recertification

Six months after code **F98** is posted in WMS and every six months thereafter, the CCRT will conduct a recertification interview to determine if the household remains financially eligible for CA and still meets the CILOCA requirements.

If, at recertification, a household becomes ineligible for CILOCA due to excess income, increased hours of employment, increase in child support, or voluntarily close their CILOCA case while still eligible for CA, the CCRT will close the CILOCA case and the household will then be evaluated for eligibility of up to 12 months of Transitional Child Care (TCC) benefits.

If a household receiving CILOCA moves to a county outside of New York City, the HRA is responsible for the child care benefits during the month of the move and through the end of the following month.

REQUIRED ACTION

JOS/Workers must discuss the option of CILOCA with all eligible applicants/participants who are employed. When an individual reports that he/she is employed and in need of child care, he/she might not be aware of the availability of CILOCA. It is the JOS/Worker’s responsibility to inform him/her of this program. Under no circumstance is an individual required to accept CILOCA.

Note: It is critical to inform all applicants/participants that if they choose to receive CA, child care assistance may still be provided if they are in compliance with all engagement/work-related activity requirements.

Applicants

When interviewing an applicant who is already employed, the JOS/Worker must:

- verify that there is a child under the age of 13 years in need of child care.
- verify that the applicant requires child care assistance in order for him/her to continue working.
- discuss the availability of the CILOCA subsidy (see the attached Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) Discussion Guide [M-528p]).
- inform the applicant of form **M-528m** which is included in the CA application kit.
- inform the applicant that if he/she chooses to apply for CILOCA, he/she is not required to pursue child support but there are financial and other benefits of child support such as inheritance rights, tuition assistance, medical support, parent participation, etc. Encourage him/her to seek child support on his/her own as a means to self-sufficiency.

Applicant chooses CILOCA

When an applicant informs the JOS/Worker that he/she wants only child care assistance and does not want CA, the JOS/Worker must:

The JOS/Worker must register the case as per applicant’s request

- indicate in POS that the applicant has requested CILOCA;
 - Select the “Child Care in Lieu of CA” in the **Site Determination** screen if the applicant states at the Application Intake Interview that he/she wants CILOCA; or
 - Check the “Case is a Child Care In Lieu of Public Assistance (PA)” box on the top of the **Disposition/Withdrawal Screen** if the applicant states that he/she wants CILOCA once the Application Interview has started.

Note: The **Disposition/Withdrawal Screen** can be accessed at any time, allowing the JOS/Worker to indicate an applicant's choice or change of mind about CILOCA at any point until the CA denial/closing code **F98** posts in WMS. POS will indicate to NYCWAY that the applicant is choosing CILOCA, and NYCWAY will post Action Code **918L**.

- obtain information regarding the availability of resources, other income, household composition, filing unit requirements, alien/citizenship requirements, and the Social Security number requirements.
- review the employment documents submitted to ensure that the criteria for CILOCA have been met. Employment information must include; wages (e.g.: \$127 per week), hours worked (e.g.: 35 hours per week), tips (if any), and work schedule (e.g.: Mon – Fri. 10am to 4pm). The work schedule is necessary to support the hours of child care requested.
- make a referral to the Finger Imaging Unit, and BEV.
- print the Request for Child Care Assistance or Request to Close My Cash Assistance (CA) Case (**M-528n**) and capture the applicant's electronic signature. (Only the casehead can request CILOCA and sign the **M-528n**).
- if all necessary employment information has been submitted, calculate and save a preliminary budget using Employment Code **04**; do not use Employment Code 13 to suppress the disregards. Do not do a Scratch Pad budget.
- complete an **FIA-3A Information Only** that will result in the automatic posting of Action Code **16FI (FIA-3A Information Only Data Entry Completed)**.

See [PB #13-37-SYS](#) for CILOCA BEV indicator

Once applicant is deemed income eligible

If an employed applicant does not have proof of employment or income:

- the **FIA-3A information Only** must still be completed; and
 - Action Code **910R** (FA Job Center Return Appointment – Other) must be entered to schedule a return appointment for the applicant to provide proof of employment.
- initiate an EP. The CILOCA EP will require the entry of the language and child care information only.

Note: If an EP is attempted before the **FIA-3A Information Only** is completed on a case that has CILOCA Action Code **918L**, NYCWAY will prompt the JOS/Worker to complete the **FIA-3A Information Only** first. This is critical to ensure that the individual is employed before the CILOCA specific EP is launched.

- Discuss child care options with the applicant.
 - enter the appropriate child care type code for each child on the case. For most applicants, child care will not be in place at the time of application. In this case, the JOS/Worker must:

Child care not in place at time of application

- indicate Child Care Type **3** (No Child care in Place – Arrangement Required) and transmit.
- choose the type of referral (Provider and Documentation Required or Documentation Only Required [Provider is in Place]) and transmit. This will generate one of the following Action Codes:

933S Child Care Return Appointment – Documentation and Provider Needed. (This code means that the applicant is in need of referral to child care providers and once a provider is selected, must return with the completed child care forms and provider documents [proof of ID, residence and SSN/EIN].)

933D Child Care Return Appointment – Documentation Needed. (This code means that the applicant already has a provider in mind and only needs to return with the child care provider forms completed by the provider and the provider's documents [proof of ID, residence and SSN/EIN].)

- give the applicant an Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (**OCFS-LDSS-4699**)/Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child care (**OCFS-LDSS-4700**), and a Child Care Provider Enrollment supplement (**CS-274W**).
- inform the parent/guardian that, if he/she chooses an informal child care provider, he/she and the child care provider must complete the appropriate enrollment form and bring the Form **CS-274W** to the Women's Housing and Economic Development Corporation (WHEDCo), which is the citywide Enrollment Agency, for approval. If a regulated child care provider is selected, only Form **CS-274W** needs to be completed and does not require WHEDCo's involvement.
- give the parent/guardian the Child Care Return Appointment form **W-273NN** to return within 5 business days with required child care documentation.

See [PD #13-18-EMP](#) for information on the informal child care provider enrollment process

If the applicant is in need of referrals to child care providers or programs, the JOS/Worker must refer the applicant to the JOS/Child Care Specialist on the same day who will make these referrals.

If the applicant needs to return with employment or other required eligibility documentation, issue the **W-113K** with a ten-day return appointment. The JOS/Worker must check the “Must see Worker upon return” box on the **W-113K**.

JOS/Child Care Specialist

The JOS/Child Care Specialist that will service the applicant on the same day will do the following:

- Discuss child care options with the applicant.
- Ensure that the participant has forms **LDSS-4699/LDSS-4700** and **CS-274W**.
- Search for child care providers in ACCIS using the applicant’s zip code.
- Complete form **CS-667C** with the names of two regulated and confirmed available providers, if required.
- Ensure that the applicant has a return appointment scheduled (Action Code **933S** or **933D**) in NYCWAY.

Fails to keep child care return appointment

If the applicant fails to keep the child care return appointment, the case will fall on the ISAR Worklist. The JOS/Worker will reject the case with the appropriate case denial code in WMS. The WMS denial code will complete Action Code **918L** to close out the request for CILOCA in NYCWAY.

Return appointment kept

When the applicant returns with completed child care provider forms, the JOS/Child Care Specialist must:

Child care is in place

- review the child care forms to determine if the informal provider has been approved. If the applicant is using an informal provider that has not yet been approved by the enrollment agency, refer the applicant to WHEDCo.
- upon approval of the informal provider or if a formal provider is used, enroll the child/children into ACCIS using reason for care code **01**.
- scan and index the child care forms, provider documentation and employment information.
- update the EP in NYCWAY with either Child Care Type **1** or **2**.

Note: In order for the system to accept an applicant’s request for CILOCA, there must be at least one child in the household requiring either Child Care Type **1** (formal child care in place at cost to the agency) or Child Care Type **2** (informal child care in place at cost to the agency).

When the applicant returns to the Center to see the JOS/Worker (**W-113K**) the JOS/Worker will:

- ensure that the applicant has complied with all CA eligibility requirements including BEV and Finger Imaging.
- search MAPPER for BEV Recommendation. (A BEV Recommendation must be received prior to making the preliminary eligibility determination.)
- review the submitted employment documentation to ensure that the criteria for CILOCA have been met. Employment information must include; wages, hours worked, tips (if any), and work schedule.
- calculate and save a preliminary budget using Employment Code **04**; do not use Employment Code 13 to suppress the disregards. Do not do a Scratch Pad budget.
- enter an appropriate case comment in POS. The comment must include the saved budget number.
- ensure that the **CS-274W**, and **LDSS-4699/4700** have been scanned and indexed.
- update the **FIA-3A Information Only** if Action Code **910R** was posted for applicant to return with proof of employment.
- ensure that the EP in NYCWAY was updated with either child care type **1** or **2**. NYCWAY will post Action Code **933T** (Childcare in Place – Applicant).
- make a CA eligibility determination.
- if applicant is eligible for CA, determine if the case meets the CILOCA criteria.

Applicant determined ineligible for CILOCA

If the applicant does not meet the CA or CILOCA eligibility criteria, the JOS/Worker must:

- scan and index all eligibility related documents.
- enter Action Code **918I** (CILOCA Ineligible) in NYCWAY.
- reject the case for CILOCA using Rejection Code **Y99**. Do not use code **F98** when a case is ineligible for CILOCA.
- select and complete the appropriate prefilled Notice of Denial of Your Application for Child Care Benefits form (**OCFS-LDSS-4780**)
- scan and index the completed **OCFS-LDSS-4780**.
- mail the completed **OCFS-LDSS-4780** to the parent to inform him/her of the status of their child care application. Since the applicant is only applying for CILOCA, no CA determination notice is required.

Instructions on prefilled
OCFS-LDSS-4780

A separate prefilled **OCFS-LDSS-4780** was created containing the language identifying the specific CILOCA criteria that was not met. When rejecting an applicant for CILOCA, staff must only use the appropriate prefilled **OCFS-LDSS-4780** that is attached to this policy that reflects the correct denial reason. The JOS/Worker must fill in the following fields on the upper right side of the form that is specific to their location:

- Name and Address of Agency/Center or District Office
- General Telephone No. for Questions or Help
- Agency Conference (telephone number)
- Fair Hearing information and assistance (telephone number)
- Record Access (telephone number)

The JOS/Worker must enter the date of application in the field that reads, “Your application dated _____ has been denied.....”

If the reason for the denial is for failure to submit documentation, the JOS/Worker must select the appropriate prefilled **OCFS-LDSS-4780** and must also check the box by the section that reads “You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate:” and must list the documents that were not submitted.

If the reason for ineligibility is because the applicant failed to keep a BEV appointment, the date of the missed appointment must be entered in the appropriate prefilled **OCFS-LDSS-4780**.

Applicant
predetermined eligible
for CILOCA

If the applicant is predetermined eligible for CILOCA, the JOS/Worker must notify the Center’s CILOCA Liaison of the case they have predetermined eligible for CILOCA.

Note: Refer to the FIA Child Care Review Team sections starting on page 20 for actions taken by the CCRT to process the CILOCA-eligible application

The CILOCA Liaison will notify the FIA Child Care Review Team (CCRT) via email to the “*FIA Child Care Review Team*” mailbox of the cases that they have predetermined eligible for CILOCA. The email should include Job Center name and number (e.g. DeKalb Job Center #64), case name, case number, and the date of application for CILOCA.

Cases with open Action Codes **918L** will post on the **CLPAR** Worklist. Each Job Center must review and monitor this worklist to ensure that all initial CILOCA requests for their center have either been forwarded to the CCRT for final determination and acceptance or has been processed for a denial of CILOCA. The CCRT must review and monitor this worklist to ensure that all CILOCA referrals for approval have been processed and all recertification cases are completed.

When does payment begin

If the applicant was already using a provider at the time of application and the provider is approved, the child care subsidy is paid from the date of application. If child care was not in place at the time of application, the subsidy will be paid from the date the provider began caring for the child(ren). If the application is denied with any code other than F98, NYCWAY will send the information to ACCIS and the child care will terminate for each child on the case.

Applicant decides he/she does not want CILOCA

At any time until code F98 is posted in WMS an applicant may change his/her mind as to whether he/she wants CILOCA. If an applicant changes his/her mind before code **F98** is posted, the JOS/Worker must:

- print Form **M-528n**, check the “Withdrawal from Child Care subsidy guarantee in lieu of CA” box, capture the applicant’s electronic signature and scan and index the form into POS.
- check the “Child Care In Lieu of PA” box in the **Other Programs to Withdraw From:** section of the POS **Disposition/Withdrawal Screen**.
 - POS will indicate to NYCWAY that the applicant has withdrawn his/her request for CILOCA; and
 - NYCWAY will post Action Code **918D** to close out the **918L**. Action Code **918D** will also close out the existing EP with Action Code **119T**.
- initiate a new EP addressing all barriers and required referrals and complete the regular application process as per current procedure.

Participants

See Form **M-528m** for an explanation of the requirements for CILOCA.

When a participant reports that he/she is now employed or when interviewing a participant who is already employed, the JOS/Worker must:

- verify that the participant requires child care assistance for a child under 13 years of age in order for him/her to work.
- discuss the availability of the guaranteed CILOCA subsidy (see the attached Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) Discussion Guide [**M-528p**]).
- give the participant Form **M-528m**.

Participant chooses
CILOCA

When a participant informs the JOS/Worker that he/she wants to receive child care assistance only (no longer wants CA and wants to close his/her CA case in order to receive CILOCA), the JOS/Worker must:

- ensure that the participant is still eligible for CA and has complied with all eligibility requirements for all household members such as Finger Imaging or household composition verification, if questionable.
- review the submitted employment documentation to ensure that the criteria for CILOCA have been met. Employment information should include; wages (e.g.: \$127 per week), hours worked (e.g.: 35 hours per week), tips (if any), and work schedule (e.g.: Mon. – Fri. 10am to 4pm).
- calculate a preliminary budget using Employment Code **04**; do not use Employment Code 13 to suppress the disregards. Do not do a Scratch Pad budget.
- enter an appropriate case comment in POS. The comment must include the preliminary budget number used to determine financial eligibility for CA.
- print the Request for Child Care Assistance or Request to Close My Cash Assistance (CA) Case (**M-528n**) and electronically capture the participant's signature.
- enter Action Code **118L** in NYCWAY to indicate that this participant is requesting CILOCA.
- start a new FIA-3A (auto-budget) if:
 - the participant's employment information/income has changed.
 - the participant is newly employed.
 - no **FIA-3A** currently exists or the current **FIA-3A** is more than six months old.
 - the income is not being reported during the CA recertification process (if at recertification, do **FIA 3A information Only**).
- scan and index into POS either pay stub(s) documenting all income from the last 30 days, or a letter from the employer on official stationery listing salary, hours worked, and work schedule (documentation cannot be more than 30 days old) to verify that the participant's employment information or income has not changed and is current/correct. Employment documentation may require a return appointment for the participant.

- create an information-only **FIA-3A**:
 - if the existing **FIA-3A** is more than six months old but it is verified that the information has not changed. This will show that the information used to determine eligibility for CA is the same as the income currently budgeted; or
 - if the new earned income is being reported during the CA recertification process. In this instance the budget must be calculated and authorized as part of the recertification/CED information/change.
- initiate a new EP, which will require only the language and child care information.

Note: If an EP is attempted before a current (within the last six months) **FIA-3A** is completed on a case with CILOCA Action Code **118L**, NYCWAY will prompt the JOS/Worker to complete the **FIA-3A** first.

- enter the appropriate child care type code on the EP for each child in the household 13 years of age or younger.

Because of engagement requirements, most participants will already have child care in place.

For those participants who do not have child care in place, the JOS/Worker must:

- discuss all child care options with the participant.
- give the participant an Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (**OCFS-LDSS-4699**)/Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care (**OCFS-LDSS-4700**), and a Child Care Provider Enrollment Supplement (**CS-274W**).
- inform the parent/guardian that, if he/she chooses an informal child care provider, he/she and the child care provider must complete the appropriate child care provider enrollment form (**OCFS-LDSS-4699/OCFS-LDSS-4700**) and the **CS-274W** and bring it along with the provider's ID, proof of provider's residence, and provider's SSN/EIN, to WHEDCo for approval. If a regulated child care provider is selected, only Form **CS-274W** needs to be completed and does not require WHEDCo's approval.
- indicate Child Care Type **3** (No Child care in Place – Arrangement Required) on the EP in NYCWAY, transmit, and schedule a child care return appointment via Action Code **133S** (Child care Return Appointment – Provider Required) or **133D** (Child care Return Appointment – Documentation Required).

- give the parent/guardian the Child Care Return Appointment form **W-273NN** to return within 5 business days with the required child care documentation.

If the participant needs a referral to a child care provider or program, the JOS/Worker must refer the participant to the JOS/Child Care Specialist on the same day.

Note: If the participant chooses to use an informal provider, the JOS/Child Care Specialist must refer the participant to WHEDCo for approval

The JOS/Child Care Specialist that will service the participant that same day must do the following:

- Discuss all child care options with the participant.
- Ensure that the participant has been given forms **LDSS-4699/LDSS-4700** and **CS-274W**.
- Search for available child care providers in ACCIS using the participant's zip code.
- Complete form **CS-667C** by entering the names of two regulated and confirmed available providers, if required.
- Ensure that the participant has a child care return appointment scheduled (Action Code **133S** or **133D**) in NYCWAY.

When the participant returns with completed child care provider forms, the JOS/Child Care Specialist must:

- enroll the child/children into ACCIS using the appropriate reason for care code. Do **not** use reason for care code **15**.
- scan and index all of the child care forms.
- update the Employment Plan in NYCWAY with either Child Care Type **1** or **2**.

Note: In order for the system to accept a participant's request for CILOCA, there must be at least one child in the household requiring either Child Care Type **1** or Child Care Type **2**.

Once child care is in place, the JOS/Worker must:

- ensure that the participant is still eligible for CA and has complied with all of the eligibility requirements such as Finger Imaging for all household members 18 years of age or older.
- review the submitted employment documentation to ensure that the criteria for CILOCA have been met. Employment information must include; the wages, hours worked, tips (if any), and work schedule.
- Scan and index all documents submitted at the return appointment.

- calculate a preliminary budget using Employment Code **04**; do not use Employment Code 13 to suppress the disregards. Do not do a Scratch Pad budget.
- enter appropriate case comments in POS and include the saved budget number.
- ensure that the **CS-274W, LDSS-4699/4700** have been scanned and indexed.
- ensure that the EP in NYCWAY was updated with either Child Care Type **1** or **2**. NYCWAY will post Action Code **133T** (Childcare Is in Place – Participant). When the EP is completed, Action Code **119U** (EP assessment completed – participant exemption) will autopost.
- if the participant is still eligible for CA, determine if the case meets the CILOCA criteria.

Participant determined ineligible for CILOCA but still eligible for CA

If a participant is still eligible for CA, but does not meet the CILOCA criteria, the CA case must remain active and the JOS/Worker must send the participant the appropriate prefilled Notice of Denial of Your Application for Child Care Benefits form (**OCFS-LDSS-4780**). Refer to page 13 for instructions on the prefilled **OCFS-LDSS-4780**. The JOS/Worker must enter Action Code **118I** (CILOCA Ineligible) in NYCWAY to close out Action Code **118L**.

Participant determined ineligible CA

If a participant is ineligible for CA and, therefore, ineligible for CILOCA, the JOS/Worker must close the CA case with the appropriate CA closing code and send the participant the appropriate prefilled Notice of Denial of Your Application for Child Care Benefits form (**OCFS-LDSS-4780**). The JOS/Worker must not suppress the CA CNS closing notice. In this instance, the participant must receive both a CA discontinuance notice and a CILOCA denial notice.

If the case is closed due to excess income, though ineligible for CILOCA, the household may be eligible for transitional child care (TCC) for 12 months. The CA case must be closed using closing code **E31**.

Participant determined eligible for CILOCA

If the participant is predetermined eligible for CILOCA, the JOS/Worker must notify the Center’s CILOCA Liaison of the case that he/she has predetermined eligible for CILOCA.

Note: For actions taken by the CCRT to process the CILOCA eligibility refer to FIA Child Care Review Team section starting on page 20.

On a daily basis, the CILOCA Liaison must notify the CCRT via email to the “*FIA Child Care Review Team*” mailbox of the cases that have been predetermined eligible for CILOCA. The email must include the Job Center’s name and number, case name, case number, and the date the applicant requested CILOCA and signed the **M-528n**.

Once the CA case is closed and the household is receiving CILOCA, all further child care activities are handled by the CCRT.

Participant decides he/she does not want CILOCA

At any time before code **F98** is posted in WMS a participant may change his/her mind as to whether he/she wants CILOCA. If a participant changes his/her mind before code **F98** is posted, the JOS/Worker must:

- access the POS **Disposition/Withdrawal** screen
- select the withdrawal from “Child Care in Lieu of CA” button
- print Form **M-528n**, have the participant check the box under “Withdrawal from the child care subsidy guarantee ‘in lieu of CA,’” and recapture the participant’s electronic signature.
- manually enter Action Code **118D** in NYCWAY to indicate that this participant has withdrawn his/her request for CILOCA.
- initiate a new EP as per current instructions.

If the participant changes his/her mind and an **F98** closing is pending in WMS, the JOS/Worker can do a Settle In Conference (SIC) to stop the pending transaction.

If the **F98** has not yet posted in WMS, but the JOS/Worker cannot SIC the transaction in time to prevent the case from closing (**F98** to post the next business day), once the case is actually closed, it must be reopened using Closed in Error code **Y42**.

Case is closed **F98** in WMS

If a participant changes his/her mind after code **F98** is posted in WMS, he/she must reapply for CA. Upon reapplication, the assigned JOS/Worker in CSIC Child Care must update ACCIS to reflect the new reason for child care. A new child care case must not be established in ACCIS. If child care is no longer required, the JOS/Worker must manually discontinue the child care case in ACCIS for all children.

FIA Child Care Review Team

The CCRT must check the “FIA Child Care Review Team” mailbox on a daily basis. When a case that is predetermined eligible for CILOCA is referred to the CCRT by the Center’s CILOCA Liaison, the CCRT will:

- review each case in POS, WMS and NYCWAY to ensure that all actions were done correctly and that the applicant/participant has complied with all necessary referrals.

- Review the saved budget number entered in the case comments by the JOS/Worker to determine if it was completed correctly and if the applicant/participant is financially CA eligible.
- review the HRA OneViewer to ensure that all required documentation is present.
- search MAPPER for the BEV recommendation.
- check ACCIS to ensure that the child care information was entered correctly for each child.

After the review is complete, if all documentation and compliance with CA requirements have been verified and the case is deemed eligible for CILOCA, the CCRT will:

- pull the case from the JOS/Workers queue in POS (only those determined eligible).
- complete the POS Activity (Application Interview, Change Case Data, Recertification, etc.) and accept the case for CILOCA using the CA rejection code **F98**.
- post Action Code **918E** (CILOCA Eligible – Applicant) or **118E** (CILOCA Eligible – Participant) in NYCWAY.
- complete and mail the appropriate prefilled Approval of Your Application of Child Care Benefits (**OCFS-LDSS-4779**) to the applicant. (Approval is for a six month period).

Note: Case Number reuse and CIN Number linking rules must be followed with all CILOCA cases

ACCIS will check the data in NYCWAY to ensure that **F98** denial/closing code has not changed and will post a six month recertification date.

The CCRT will conduct the CILOCA eligibility recertification six months after code **F98** posts in WMS.

CCRT deems applicant/participant CILOCA ineligible

If the CCRT determines that the case is ineligible, they must enter a case comment in NYCWAY and send an email to the Center’s CILOCA Liaison explaining the reason for ineligibility.

If the reason for ineligibility is an issue that can be addressed and resolved by the Center, such as lack of viewable documentation or verification, the CCRT must explain the issue that is preventing them from making a determination and what documentation or verification is lacking, if any.

The Center's CILOCA Liaison is responsible for advising the JOS/Worker and/or Supervisor of the issue and what documentation or verification, if any, must be submitted. The JOS/Worker, if able, must address or resolve the issue, scan and index the necessary documentation or verification of compliance and resubmit the information to the Liaison. The Liaison must forward the corrected case back to the CCRT via email.

If the case is returned by the CCRT for lack of documentation/verification that was already requested but not submitted by the applicant/participant, the CILOCA case can be denied without further contact if it can be verified that it was previously requested via the **W-113k**.

However, if the agency failed to ask for documentation which is critical to a decision and we cannot obtain the information through collateral contact, the applicant/participant must be afforded the opportunity to submit the document. The case cannot be denied based on the lack of documentation that the applicant/participant never knew he/she needed to submit, even if the applicant/participant already had 2 or more return appointments.

If the case is found ineligible for CILOCA, the Center's CILOCA Liaison is responsible for advising the Center staff of the reason for CILOCA ineligibility provided by the CCRT. For application cases, the JOS/Worker must reject the case for CILOCA using Rejection Code **Y99**, select the appropriate prefilled **OCFS-LDSS-4780**, scan and index the form and mail it to the applicant.

The cases with open Action Codes **918L/118L** will post on the **CLPAR** Worklist. The CCRT will monitor this worklist to ensure appropriate action was taken on all cases referred to the CCRT for approval via email.

CILOCA Recertification

MIS will send the CCRT a list of CILOCA cases that are approaching the fifth month and require recertification. The CCRT Worker must:

- verify address and number of children in ACCIS for every case.
- enter Action Code **1100** (Special Call-in) with the date and time of the appointment in NYCWAY.
- mail the Appointment Notice for Child Care In Lieu of Cash Assistance (CILOCA) (**FIA-1026b**) along with the appropriate number of child care provider forms (**LDSS-4699/4700/CS-274W**) that are needed for the household.

Rescheduling a
CILOCA Recertification

If a parent calls and requests to reschedule a recertification appointment, the CCRT Worker must:

- enter a new Action Code **1100** with the date and time of the new appointment and a comment in NYCWAY
- scan and index the Notice of Rescheduled Appointment for Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) (**FIA-1026c**).
- mail the form to the parent.

Failure to keep CILOCA
Recertification

If the parent fails to keep the CILOCA Recertification appointment, the CCRT Worker must:

- terminate the Child Care in ACCIS by entering the end date and the drop date in the **Child Maintenance** screen.
- enter Action Code **100a** and a case comment in NYCWAY regarding the parents failure to report.
- select and complete the appropriate prefilled NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (**OCFS-LDSS-4782**).
- scan and index the completed **OCFS-LDSS-4782**.
- mail the completed **OCFS-LDSS-4782** to the parent.

CILOCA Recertification
Kept

If the parent keeps the CILOCA Recertification, the CCRT Worker must:

- register the case in POS.
 - Select the “Child Care in Lieu of CA” in the Site Determination screen in the Application Intake Interview. POS will then register the case in WMS and indicate to NYCWAY that this is a CILOCA case, and NYCWAY will post Action Code **918L**.
- run all necessary clearances on the case.
- conduct the interview, and collect documentation to verify the following:
 - Household composition and the continued need for child care.
 - Shelter expense (rent or mortgage).
 - Employment income* including hourly wage, how many hours worked per week, and work schedule. This information is required for both parents if it is a two parent household.
 - Resources (savings or checking accounts, motor vehicle, etc.)
- Refer the case to BEV via MAPPER or do a manual referral to the on-site BEV for review and recommendation.

*Any child support income redirected to a CILOCA participant becomes part of his/her household's countable income.

- Refer any adults that have joined the household or household member that has reached the age of 18 for Finger Imaging.
- calculate and save a preliminary budget to determine financial eligibility using employment code **04**.
- take the following actions in NYCWAY:
 - Complete the **FIA3A** Information Only.
 - Initiate and complete the EP.
 - Enter a case note.
- scan and index all submitted documents.
- verify status of child care in ACCIS and update any information, if necessary.
- refer the CILOCA individual to WHEDCo if the provider has not yet been approved or there is a change in providers.

Return Appointment documents required

If the parent does not have all of the necessary documents at the recertification appointment, the CCRT Worker must:

- list the required missing documents on the Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) Return Appointment and/or Documents Required for Recertification **FIA-1093**.
- scan and index the completed **FIA-1093** into the HRA One Viewer.
- give the completed **FIA-1093** to the parent/guardian.

When the parent keeps the document return appointment, the CCRT Worker must:

- collect the necessary documents.
- calculate and save a preliminary budget to determine financial eligibility using employment code **04**.
- take the following action in NYCWAY:
 - Update the **FIA3A** Information Only with the information verified by the submitted documentation.
 - Initiate and complete the EP.
 - Enter a case note, if applicable.
- scan and index submitted documents into the viewer.
- verify status of the child care for each child in ACCIS and update any information, if necessary.

Failure to keep document return appointment

If the parent fails to keep the CILOCA document return appointment, the CCRT Worker must:

- reject the case in POS using code **Y99**.

- select and complete the appropriate prefilled NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (**OCFS-LDSS-4782**).
- scan and index the completed form, and
- mail the completed form to the parent.

The CCRT Supervisor must terminate the Child Care in ACCIS by entering the end date and the drop date in the **Child Maintenance** screen.

CILOCA recipient remains income and resource-eligible for CA

Remember to use the Case Number reuse and CIN number linking rules with all CILOCA cases.

If the household is still deemed income and resource-eligible for CA and still meets the CILOCA criteria, the CCRT Worker must:

- accept the case for CILOCA in POS using the **F98** code.
- select and complete the prefilled APPROVAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS form (**OCFS-LDSS-4779**).
- scan and index the completed APPROVAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS form (**OCFS-LDSS-4779**) into the HRA OneViewer.
- mail the completed **OCFS-LDSS-4779** to the parent to inform that he/she will continue to receive CILOCA for another six months.

The CCRT Worker must give the case to the CCRT Supervisor for review and approval. The supervisor must take the following actions:

- Verify that all corresponding documents are scanned and indexed into the viewer.
- Approve and transmit the **Application Interview** activity in POS.
- Check that the ACCIS history screen is updated as appropriate and makes system annotations/changes needed in ACCIS to guarantee six additional months of CILOCA.
- Ensure the correct care type is reflected in ACCIS so that the CILOCA appropriate parent fees are applied.
- Enter Action Code **118E** (CILOCA – Eligible) in NYCWAY to reauthorize child care for six months.
- Ensure that the completed APPROVAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS form (**OCFS-LDSS-4779**) is scanned and indexed and sent to the CILOCA eligible parent/guardian.

CILOCA Ineligible. If the household is deemed ineligible for CILOCA at recertification, the CCRT Worker must take the same actions as provided in this procedure when the applicant is ineligible for CILOCA (see bottom of page 12), but must mail the appropriate prefilled NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS Form (**LDSS-4782**) instead of the **LDSS-4780** after scanning and indexing the completed form.

CILOCA recipient becomes financially ineligible for CA If the income renders the household ineligible for CA, the CCRT must refer the case to the Administration for Children’s Services Transitional Child Care Unit at 109 East 16th Street for evaluation of Transitional Child Care (TCC) benefits. The TCC Worker determines eligibility for up to 12 months of TCC benefits.

If eligible for TCC, the weekly fee will vary depending on the amount of the household income. The CILOCA recipient will be informed of the TCC eligibility and fee change by the TCC Unit via the Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits form (**CS-560CC**).

If ineligible for TCC, the TCC Unit will notify the parent by mail via the Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits form (**CS-560DD**).

CILOCA recipient wants CA (no longer wants CILOCA) A CILOCA recipient who wishes to discontinue CILOCA and return to CA is considered a new applicant. He/she must return to the Job Center to apply for and file a **new** CA application.

If upon application for CA child care is still required, **DO NOT** create a new child record in ACCIS for the child(ren) in care. Instead, update the reason for care code and provider information.

PROGRAM IMPLICATIONS

Paperless Office System (POS) Implications At the Model Centers, the Front Door Reception must forward all CILOCA child care return appointments to the Customer Service and Information Center’s (CSIC) Child Care Specialist, who will:

- enter all child care-related information into ACCIS;
- update the child care type in the EP to **1** or **2** as appropriate and close the EP with Action Code **119U**;
- close the Model Office Number Identification Queue (MONIQ) ticket; and

- issue a new MONIQ ticket in the “CA Other” queue to refer the applicant/participant back to the original CA JOS/Worker, who will complete the CILOCA process as appropriate.

Supplemental Nutrition Assistance Program Implications

The receipt of CILOCA has no effect on Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) eligibility. If the applicant has also applied for SNAP benefits and withdraws the CA application or the participant closes the CA case, a separate determination is required for SNAP. The \$12/\$15 weekly fee is counted as a SNAP out-of-pocket dependent care deduction. Additionally, if the CILOCA recipient is paying the difference between the State market rate for child care and the rate his/her child care provider charges, this difference is also an out-of-pocket expense and must also be counted as a child care deduction in the SNAP calculation.

Medicaid Implications

Receipt of CILOCA has no effect on Medicaid eligibility. If the applicant withdraws only his/her CA application or the participant closes his/her CA case, a separate determination is required for Medicaid.

LIMITED ENGLISH PROFICIENT IMPLICATIONS

For Limited English Proficient (LEP) and hearing-impaired applicants/participants, staff must make sure to obtain appropriate interpreter services in accordance with [PD #11-33-OPE](#) and [PD #08-20-OPE](#).

FAIR HEARING IMPLICATIONS

Avoidance/Resolution

Ensure that all case actions are processed in accordance with current procedures and that electronic case files are kept up to date. Remember that applicants/participants must receive adequate or timely and adequate notification of all actions taken on their case.

Conferences

An applicant/participant can request and receive a conference with a Fair Hearing and Conference (FH&C) AJOS/Supervisor I at any time. If an applicant/participant comes to the Job Center requesting a conference, the Receptionist must alert the FH&C Unit that the individual is waiting to be seen.

FH&C AJOS/Supervisor I will listen to and evaluate any material presented by the applicant/participant, review the case file and discuss the issue(s) with the JOS/Worker responsible for the case and/or the JOS/Worker's Supervisor. The AJOS/Supervisor I will explain to the applicant/participant the reason for the Agency's action(s).

If the determination is that the applicant/participant has presented good cause for the infraction or that the outstanding Notice of Intent needs to be withdrawn for other reasons, the FH&C AJOS/Supervisor I will SIC, enter detailed case notes in NYCWAY and forward all verifying documentation, submitted by the applicant/participant, to the appropriate JOS/Worker, for corrective action to be taken.

In addition, if the adverse case action still shows on the "Pending" (08) screen in WMS, the AJOS/Supervisor I must prepare and submit a Fair Hearing/Case Update Data Entry Form (**LDSS- 3722**), change the 02 to an 01 if the case has been granted Aid Continuing (ATC) or prepare and submit a PA Recoupment Data Entry Form (**LDSS- 3573**), to delete a recoupment. The AJOS/Supervisor I must complete a Conference Report Form (**M-186a**).

If the determination is that the applicant/participant has not shown good cause for the infraction or that the Agency's action(s) should stand, the AJOS/Supervisor I will explain to the applicant/participant why he/she cannot SIC. The AJOS/Supervisor I must complete Form **M-186a**.

Should the applicant/participant elect to continue his/her appeal by requesting or proceeding to a Fair Hearing which has already been requested, the FH&C AJOS/Supervisor I is responsible for ensuring that a further appeal is properly controlled and that appropriate follow-up action is taken in all phases of the Fair Hearing process.

Evidence Packets All Evidence Packets must contain a detailed history, copies of relevant WMS screen printouts, other documentation relevant to the action taken and copies of NYCWAY **Case Notes** screens.


REFERENCES

04-OCFS-ADM-01
 11-OCFS-INF-04
 18 NYCRR 387.12 (d);415.2(a)(i)(ii);350.3(c)
 Temporary Assistance Source Book Chapter 28; Section A
 GIS 07 TA/DC015
 SSL 410-w(4)(a)

RELATED ITEM

[PB #13-37-SYS](#)
[PD #13-18-EMP](#)

ATTACHMENTS

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

M-528m	Child Care Guarantee Informational (Rev. 6/5/13)
M-528m (S)	Child Care Guarantee Informational (Rev. 6/5/13) (Spanish)
M-528n	Request for Child Care Assistance or Request to Close My Cash Assistance (CA) Case (Rev. 2/20/13)
M-528n (S)	Request for Child Care Assistance or Request to Close My Cash Assistance (CA) Case (Rev. 2/20/13) (Spanish)
M-528p	Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) Discussion Guide (REV. 6/5/13)
FIA-1026b	Appointment Notice Child Care In Lieu of Cash Assistance (CILOCA)
FIA-1026b (S)	Appointment Notice Child Care In Lieu of Cash Assistance (CILOCA) (Spanish)
FIA-1026c	Notice of Rescheduled Appointment for Child Care In Lieu of Cash Assistance (CILOCA)
FIA-1026c (S)	Notice of Rescheduled Appointment for Child Care In Lieu of Cash Assistance (CILOCA) (Spanish)
FIA-1093	Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) Recertification Return Appointment
FIA-1093 (S)	Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) Recertification Return Appointment
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-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)
OCFS-LDSS-4779	APPROVAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 1/2013) APPROVAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (REV. 1/2013) Prefilled

OCFS-LDSS-4779 (S)

APPROVAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 1/2013)

OCFS-LDSS-4780

APPROVAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (REV. 1/2013) Prefilled

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013)
 DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Single Parent Hours

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Single Parent Wages

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent Hours

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent Wages

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent with Two Different Criteria

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled FTK Mandatory Appointment

DENIAL OF DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Ineligible Income/Resources

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Submit Verification

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Ineligible Alien

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled No Child Under 13

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Comply with BEV

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Cooperated with BEV

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to comply with Finger Imaging

OCFS-LDSS-4780 (S)

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013)
 DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Single Parent Hours

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Single Parent Wages

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent Hours

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent Wages

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent with Two Different Criteria

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled FTK Mandatory Appointment

DENIAL OF DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Ineligible Income/Resources

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Submit Verification

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Ineligible Alien

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled No Child Under 13

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Comply with BEV

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Cooperated with BEV

DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to comply with Finger Imaging

OCFS-LDSS-4782

NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013)
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS(Spanish)(Rev. 6/2013) Prefilled Single Parent Hours
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Single Parent Wages
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent Hours
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent Wages
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent With Two Different Criteria
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled FTK Mandatory Appointment
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Ineligible Income/Resources
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Submit Verification
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Ineligible Alien
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled No Child Under 13

NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Comply with BEV
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Cooperate with BEV
 NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Comply with Finger Imaging

OCFS-LDSS-4782 (S)

- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013)
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Single Parent Hours
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Single Parent Wages
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent Hours
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent Wages
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Two Parent With Two Different Criteria
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled FTK Mandatory Appointment
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Ineligible Income/Resources
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Submit Verification
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Ineligible Alien
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled No Child Under 13
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Comply with BEV
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Cooperate with BEV
- NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (Spanish) (Rev. 6/2013) Prefilled Failure to Comply with Finger Imaging

Child Care Guarantee Informational

This is to notify you that there has been a change in law that allows more **working** families to receive a guarantee of child care. You may decide that, instead of receiving Cash Assistance (CA), what you really need is help paying for child care. **Families who are applying for and are found eligible for, or are receiving, CA and need child care in order to work**, may be eligible for a child care guarantee for working families. A child care guarantee means that if you meet the eligibility requirements, the social services district must pay an eligible child care provider for your child care. **This guarantee applies only to the hours you are working and a reasonable amount of time for you to get to and from work to your child care provider.**

Who is eligible?

You are eligible for this guarantee if you are applying for and found eligible for CA and choose child care instead of CA, or if you are receiving CA and ask that your CA case be closed, and:

- You are earning at least minimum wage or are employed in a job where minimum wage is made by the combination of gross earnings and tips, or you are self-employed; **AND**
- Your gross earnings are equal to or greater than the amounts listed below; **OR**
- If you are employed in a job exempt from minimum wage rules and you are earning less than minimum wage, you work the minimum number of hours listed below.

What if I am earning at least minimum wage (\$7.25 per hour), am I eligible?

If you are earning at least minimum wage and are a single parent, you must have gross earnings of at least \$127 per week or \$550 per month. If you are a two-parent family, you both must work and have combined gross earnings of at least \$181 per week or \$784 per month. If one parent is not self-employed, gross earnings apply.

What if I am self-employed?

If you are self-employed and are a single parent, you must have gross receipts less allowable deductions of at least \$127 per week or \$550 per month. If you are a two-parent family, you both must be employed and if self-employed have combined gross receipts less allowable deductions of \$181 per week or \$784 per month. If one parent is not self-employed, gross earnings apply.

What if my earned income falls below any of the above amounts?

If your gross earnings fall below the above amounts, you will no longer be eligible for this guarantee. If this happens, you may want to ask your Worker if you are eligible for child care under another program.

What if my job doesn't pay minimum wage?

If your employer is not required to pay minimum wage and you are earning less than \$7.25 per hour, you must be working at least 17.5 hours per week if you are a single parent or have a combined total of at least 25 hours per week if you are a two-parent household with both parents working.

What if we are a two-parent household where one of us earns below minimum wage and the other earns at least minimum wage or is self employed?

A two-parent household where one parent earns at least minimum wage or is self-employed and the other parent is employed in a job exempt from minimum wage rules that pays less than minimum wage is eligible for the child care guarantee if:

- the parent earning at least minimum wage or who is self-employed earns at least \$127 per week or \$550 per month; and
- the parent earning less than minimum wage is working a minimum of 7.5 hours per week.

What if my work hours drop below these amounts?

If you are earning less than minimum wage and your hours drop below the above number, you will not be eligible for the guarantee.

What if my income or hours of work change all of the time?

If your hours of work or earnings are constantly changing, we will look at an average number of hours and amount of income that occurs over a period of three to six months. As long as the average number of hours or amount of income meets the minimum described above, you will still be eligible.

What happens when my income rises above the amount that I would be eligible for CA?

Once your family income is at or above the amount that would allow you to remain eligible for CA but is at or below 200% of the State Income Standards, you may be eligible for transitional child care.

What if I am working and going to school?

The guarantee applies only to the hours that you are working and a reasonable amount of time for you to get to and from work from your child care provider. You also may be eligible for child care for the hours that you are in school. If you need child care in order to go to school, you should discuss this with your Worker.

Are all of my children eligible for the child care guarantee?

Any child under the age of 13 is covered by the guarantee. If you have older children with special needs who need child care, they may be eligible under a different child care program. You should let your Worker know about any of your children who have special needs.

How will receipt of the child care guarantee affect my child support money?

If you are eligible for the child care guarantee and receive court ordered child support, you will be able to keep all of your child support money.

Does my eligibility for this child care guarantee have a time limit like the 60-month time limit for CA?

No, your child care benefits under this guarantee are not limited to 60 months. You can continue to receive child care benefits for as long as you are eligible.

Why don't I have a child care guarantee while I am on CA?

Actually, you do. CA participants who are participating as required in work activities also have a child care guarantee as long as they meet certain requirements. However, the child care in lieu of CA guarantee discussed in this letter allows you to receive the same guarantee of child care without having to remain on CA.

If I decide all I really need is child care, how do I apply for the child care guarantee?

If you are eligible for CA and decide that all you really need is child care, your Worker can tell you how to apply for the child care guarantee. If you are already receiving CA and are otherwise eligible for the program, you will need to close your CA case in order to get this guarantee.

Will all of my child care be paid?

If you choose to receive child care assistance instead of receiving CA and child care, you will have to pay part of your child care costs, in the amount of \$15 per week for full time care or \$12 per week for part time care. This is called your family share. Additionally, if your provider charges above the market rate, you will need to pay the amount that your provider charges above the market rate.

Who can care for my child?

You can choose any eligible child care provider. This may be a licensed or registered day care center, family or group family day care home, or school-age child care program. You can also choose a relative, neighbor, or friend. If you want a relative, neighbor, or friend to care for your child, he or she will need to meet certain eligibility requirements and enroll with a legally-exempt caregiver enrollment agency. Ask your Worker for the enrollment forms.

What if I change my mind and decide that I need CA as well as child care?

You can still apply for CA at any time. If you are found eligible for CA, you may still be eligible for child care.

What about other benefits like Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits and Medical Assistance?

Your SNAP eligibility will not be affected if you request child care instead of CA.

If you are applying for Medical Assistance and you choose to receive child care instead of CA, your application will be referred to the Medicaid program for a separate determination. If you are currently receiving Medicaid and request that your CA case be closed, your Medicaid will continue unchanged until Medicaid can complete a separate determination.

What if I have any questions about this letter?

You can contact your Worker.

SAMPLE

Información Sobre Garantía de Cuidado Infantil

Por el presente le informamos que ha habido un cambio en la ley que permite a más familias **que trabajan** recibir una garantía de cuidado infantil. Usted puede decidir que en lugar de Asistencia en Efectivo (Cash Assistance – CA), lo que realmente necesita es ayuda para pagar el cuidado infantil. **Las familias que estén solicitando, que sean elegibles para, o que estén recibiendo Asistencia en Efectivo, y que necesiten cuidado infantil para poder trabajar**, pueden ser elegibles para una garantía de cuidado infantil para las familias que trabajan. La garantía de cuidado infantil significa que si usted reúne los requisitos de elegibilidad, el distrito de servicios sociales tendrá que pagar los servicios de un proveedor que reúna las condiciones de cuidado infantil para sus hijos. **Esta garantía sólo cubre las horas en que usted está trabajando y un tiempo razonable para ir al trabajo y volver al local del proveedor de cuidado infantil.**

¿Quién es elegible?

Usted es elegible para esta garantía si está solicitando y es elegible para Asistencia en Efectivo y elige cuidado de infantil en lugar de Asistencia en Efectivo, o si está recibiendo Asistencia en Efectivo y solicita el cierre de su caso de Asistencia en Efectivo, y si:

- Usted gana por lo menos el salario mínimo o está empleado en un trabajo en el cual el ingreso mínimo es constituido por la combinación del ingreso bruto más las propinas, o usted trabaja por cuenta propia; **Y**
- Su ingreso bruto equivale a o es mayor que las cantidades indicadas más abajo; **O**
- Si usted está empleado en un trabajo exento de las disposiciones de salario mínimo y gana menos del salario mínimo, usted trabaja la cantidad mínima de horas indicadas más abajo.

¿Qué tal si gano por lo menos el salario mínimo (\$7.25 por hora), soy elegible?

Si usted gana por lo menos el salario mínimo y es padre o madre soltero(a), debe tener ingreso bruto de \$127 semanales o \$550 mensuales. Si usted forma parte de un hogar con ambos padres, los dos padres deben trabajar y ganar un ingreso total bruto de \$181 semanales o \$784 mensuales. En caso de que uno de los padres/madres no trabaje por cuenta propia, se toman en cuenta los ingresos brutos.

¿Qué tal si trabajo por cuenta propia?

Si usted trabaja por cuenta propia y es padre o madre soltero(a), debe ganar un ingreso bruto menos las deducciones admitidas de por lo menos \$127 por semana o \$550 por mes. Si integra un hogar con ambos padres, ambos padres deben estar empleados y si trabajan por cuenta propia deben ganar un ingreso bruto menos las deducciones admitidas de \$181 semanales o \$784 mensuales. Si uno de los padres no trabaja por cuenta propia, rigen las cantidades de ingreso bruto.

¿Qué tal si mi ingreso salarial se reduce y resulta inferior a las cantidades indicadas arriba?

Si su ingreso bruto se reduce por debajo de las cantidades indicadas arriba, usted deja de ser elegible para esta garantía. En tal caso, puede consultar con su Trabajador para averiguar si usted es elegible para cuidado infantil en otro programa.

¿Qué tal si en mi empleo no pagan el salario mínimo?

Si su empleador no está obligado a pagar el salario mínimo y usted gana menos de \$7.25 por hora, debe estar trabajando por lo menos 17.5 horas semanales si es padre o madre soltero(a) o tener un total de por lo menos 25 horas semanales si es un hogar conformado por los dos padres y ambos trabajan.

¿Que tal si somos un hogar con los dos padres, donde uno de los padres gana menos que el salario mínimo y el otro gana por lo menos el salario mínimo o trabaja por cuenta propia?

Un hogar con los dos padres, donde uno de ellos gana por lo menos el salario mínimo o trabaja por cuenta propia y el otro está empleado en un trabajo exento de las disposiciones de salario mínimo y gana menos del salario mínimo, es elegible para la garantía de cuidado infantil si:

- el padre/madre que gana por lo menos el salario mínimo o trabaja por cuenta propia gana por lo menos \$127 a la semana o \$550 mensual; y
- el padre/madre que gana menos que el salario mínimo está trabajando por lo menos 7.5 horas a la semana.

¿Qué tal si mi horario de trabajo se reduce por debajo de las horas indicadas?

Si usted gana menos del salario mínimo y su horario de trabajo se reduce por debajo de las horas indicadas, usted no es elegible para esta garantía.

¿Qué tal si mis ingresos u horas de trabajo cambian constantemente?

Si su horario de trabajo o sus ingresos cambian constantemente, tendremos en cuenta el promedio de horas y cantidad de ingreso de un período de tres a seis meses. Mientras el promedio de horas o cantidad de ingreso cumpla con las cantidades mínimas señaladas más arriba, usted será elegible.

¿Qué tal si mis ingresos aumentan por encima de la cantidad a la cual sería elegible para Asistencia en Efectivo?

Una vez que los ingresos familiares igualen o superen la cantidad que le permitiría ser elegible para Asistencia en Efectivo, pero equivalgan o sean inferiores al 200% del Estándar Estatal de Ingresos, usted puede ser elegible para beneficios de cuidado infantil transitorio.

¿Qué tal si trabajo y estudio?

Esta garantía sólo cubre las horas en las que usted está trabajando y un tiempo razonable que le permita ir al trabajo desde el local del proveedor de cuidado infantil y del trabajo de vuelta al local del proveedor. Además usted podría ser elegible para cuidado infantil durante las horas que usted asiste a la escuela. Si necesita cuidado infantil para asistir a la escuela, debe discutir el tema con su Trabajador.

¿Son todos mis hijos elegibles para la garantía de cuidado infantil?

La garantía cubre a todos los niños menores de 13 años de edad. Si tiene hijos mayores de 13 años de edad con necesidades especiales que necesiten cuidado infantil, pueden ser elegibles para un programa distinto de cuidado infantil. Debe informarle a su Trabajador sobre cualquiera de sus niños que tengan necesidades especiales.

¿De que manera será afectado el dinero de mi manutención de niños por el recibo de la garantía de cuidado infantil?

Si usted es elegible para la garantía de cuidado infantil y recibe manutención de niños por orden judicial, usted se puede quedar con todo su dinero de la manutención de niños.

¿Tiene límite de tiempo mi elegibilidad para esta garantía de cuidado infantil como el límite de 60 meses para Asistencia en Efectivo?

No, sus beneficios de cuidado infantil bajo esta garantía no se limitan a 60 meses. Usted puede seguir recibiendo los beneficios de cuidado infantil siempre y cuando sea elegible.

¿Por qué no tengo una garantía de cuidado infantil mientras recibo Asistencia en Efectivo?

En realidad, sí la tiene. Los participantes de Asistencia en Efectivo que participan como debido en actividades laborales también tienen una garantía de cuidado infantil siempre que cumplan con ciertos requisitos. Sin

embargo, la garantía de cuidado infantil en lugar de Asistencia en Efectivo analizada en esta carta le permite recibir la misma garantía de cuidado infantil sin tener que permanecer en Asistencia en Efectivo.

Si decido que lo único que realmente necesito es cuidado infantil, ¿cómo solicito la garantía de cuidado infantil?

Si usted es elegible para recibir Asistencia en Efectivo y decide que lo único que necesita es cuidado infantil, su Trabajador le puede decir cómo solicitar la garantía de cuidado infantil. Si usted ya está recibiendo Asistencia en Efectivo y es por lo demás elegible para el programa, usted tendrá que cerrar su caso de Asistencia en Efectivo para poder obtener esta garantía.

¿Se pagará todo mi cuidado infantil?

Si decide recibir ayuda para cuidado infantil en lugar de recibir Asistencia en Efectivo y cuidado infantil, usted tendrá que pagar \$15 semanales de cuidado infantil a tiempo completo o \$12 semanales para cuidado de tiempo parcial. Esto se llama porción familiar. Además, si su proveedor cobra por encima de la tarifa de mercado, usted tendrá que pagar la cantidad que su proveedor cobra por encima de la tarifa de mercado.

¿Quién puede cuidar a mi hijo(a)?

Usted podría elegir cualquier proveedor elegible de cuidado infantil. Puede ser una guardería, hogar individual o de grupo para cuidado infantil o programa de guardería escolar con licencia o registrados. También puede elegir un familiar, vecino o amigo. Si usted opta por un familiar, vecino o amigo para que cuide a su hijo(a), dicha persona tendrá que satisfacer ciertos requisitos de elegibilidad e inscribirse en una agencia de proveedores legalmente exentos. Pídale a su Trabajador los formularios de inscripción.

¿Qué tal si cambio de parecer y decido que además de cuidado infantil necesito Asistencia en Efectivo?

En tal caso aún puede solicitar Asistencia en Efectivo en cualquier momento. Si se determina que usted es elegible para Asistencia en Efectivo, aún puede ser elegible para cuidado infantil.

¿Qué tal de los otros beneficios como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y Asistencia Médica?

Su elegibilidad para SNAP no se verá afectada si usted solicita cuidado infantil en lugar de Asistencia en Efectivo.

Si usted solicita Asistencia Médica y opta por recibir cuidado infantil en lugar de Asistencia en Efectivo, su solicitud será trasladada al programa Medicaid para una determinación por separado. Si actualmente está recibiendo Medicaid y solicita que se cierre su caso de Asistencia en Efectivo, sus beneficios de Medicaid continuarán sin cambios hasta que Medicaid pueda llevar a cabo una determinación por separado.

¿Qué tal si tengo alguna pregunta sobre esta carta?

Puede comunicarse con su Trabajador.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Request for Child Care Assistance or Request to Close My Cash Assistance (CA) Case

I am requesting that the Human Resources Administration (HRA) determine if I am eligible for a child care subsidy guarantee "in lieu of CA." I understand that I may be eligible for the "in lieu of CA" child care guarantee for the following reasons:

- I work the number of hours or earn the minimum income required of me;
- My family's income and resources are within CA limits;
- I need child care for a child or children under age 13; and
- I am using an eligible child care provider.

If I am found eligible for and choose the "in lieu of CA" child care guarantee, I also understand that:

- I may use a licensed or registered child care provider. If I want to use a friend, relative, or neighbor to provide child care instead of a licensed or registered child care provider, that provider must meet certain eligibility requirements and be enrolled by the Informal Child Care Provider Enrollment Agency.
- My child care provider determines how much he/she will charge.
- I will be required to pay some of my child care costs. This amount will be \$15 per week for full time care or \$12 per week for part time care. If my provider charges more than the market rate, I understand that I will have to pay the amount above the market rate plus my family's share. If I hire a child care provider to come to my home, I understand that, as that person's employer, I must pay him/her minimum wage and provide benefits.
- I must immediately report any changes that might affect my eligibility for child care to my Worker. This includes any changes regarding where I am living, who is living in my household, my work schedule, my employer, my child care needs, my child care provider, and my income and resources.

- By withdrawing my request for CA, or asking that my CA case be closed, I will not receive CA at this time. However, if I change my mind, I may apply for CA in the future.
- The 60-month time limit for CA does not apply to this child care guarantee.
- I may be eligible for 12 months of transitional child care services when my income or resources are no longer within CA limits.
- Withdrawing my request for CA, or asking that my CA case be closed, will not affect my application for or eligibility for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits or Medicaid.
- If I have any questions about my eligibility for this child care guarantee, I can call:

Worker's Name

Telephone Number

If I am found eligible for the "in lieu of CA" child care guarantee, I am requesting the following:

Applicant

- I want to apply for child care assistance only, instead of applying for CA, under which child care assistance may also be paid. I understand that if I change my mind in the future, I can still apply for CA at that time. If I also applied for Medicaid and SNAP benefits, a separate determination will be made.

Participant

- I request that my CA case be closed **because I want child care instead of CA**. A separate Medicaid determination and a separate SNAP determination will be made.

SAMPLE

Applicant's/Participant's Signature

Date

Withdrawal from the child care subsidy guarantee "in lieu of CA"

- I have changed my mind and do **not** want child care instead of CA.

Applicant's/Participant's Signature

Date

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Petición de Asistencia de Cuidado Infantil o Petición del Cierre de Mi Caso de Asistencia en Efectivo

Por la presente solicito que la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) determine si soy elegible para la garantía de subsidio de cuidado infantil "en vez de Asistencia en Efectivo". Entiendo que podría ser elegible para la garantía de subsidio "en vez de Asistencia en Efectivo" para el cuidado infantil por las siguientes razones:

- Trabajo el número de horas o gano el ingreso mínimo que se me exige;
- Los ingresos y bienes de mi familia caen dentro de los límites de Asistencia en Efectivo;
- Necesito cuidado infantil para un niño o niños menores de 13 años; y
- Estoy utilizando un proveedor de cuidado infantil elegible

Además si se determina que soy elegible y elijo la garantía de cuidado infantil "en vez de Asistencia en Efectivo", entiendo que:

- Puedo hacer uso de un proveedor de cuidado infantil autorizado o registrado. Si deseo asignar a un amigo, pariente o vecino como proveedor de cuidado infantil en lugar de un proveedor de cuidado infantil autorizado o registrado, dicho proveedor debe reunir ciertos requisitos de elegibilidad y estar inscrito por la Agencia de Inscripción del proveedor informal de cuidado infantil.
- Mi proveedor de cuidado infantil determinará su tarifa de cobro.
- Yo tendré que pagar una parte del pago del cuidado de mis niños. Esta cantidad será de \$15 semanales por cuidado de tiempo completo o \$12 semanales por cuidado de tiempo parcial. Si mi proveedor cobra por encima de la tarifa del mercado, entiendo que tendré que proveer toda cantidad que exceda a la tarifa del mercado además de mi cuota familiar. Si contrato a un proveedor de cuidado infantil en mi hogar, entiendo que como empleador de dicha persona, debo pagarle el sueldo mínimo y suministrar beneficios.
- Debo informar de inmediato a mi Trabajador sobre cualquier cambio que pueda afectar mi derecho al cuidado infantil. Esto incluye cualquier cambio en mi situación de vivienda, las personas que vivan conmigo, mi horario de trabajo, mi empleador, mi proveedor de cuidado infantil y cambios en mis ingresos y bienes.

- No recibiré Asistencia en Efectivo en este momento si retiro mi solicitud de dicha asistencia, o si solicito que se cierre mi caso. Sin embargo, si cambio de parecer, posteriormente tendré el derecho de solicitar Asistencia en Efectivo.
- El plazo de 60 meses de Asistencia en Efectivo no corresponde a esta garantía de cuidado infantil.
- Si mi ingreso o recursos exceden el límite establecido para la Asistencia en Efectivo, puede que tenga derecho a 12 meses de servicios de transición de cuidado infantil.
- En caso de cualquier pregunta sobre mi elegibilidad respecto a esta garantía de cuidado infantil, puede llamar a:

Nombre del Trabajador

Número de Teléfono

Si se determina que tengo derecho a la garantía de cuidado infantil "en vez de Asistencia en Efectivo", solicito lo siguiente:

Solicitante

- Deseo solicitar sólo asistencia de cuidado infantil en lugar de solicitar Asistencia en Efectivo, conforme a la cual se puede pagar además la asistencia de cuidado infantil. Entiendo que si posteriormente cambio de parecer, aún podré solicitar Asistencia en Efectivo en ese momento. Si también solicito para Medicaid y beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), se llegará a una determinación por separado.

Participante

- Solicito que mi caso de Asistencia en Efectivo se cierre **ya que prefiero cuidado infantil en vez de Asistencia en Efectivo**. La decisión respecto al Medicaid se tomará independientemente de la decisión respecto a los beneficios de SNAP.

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

Retiro de garantía de asignación de cuidado infantil "en lugar de Asistencia en Efectivo"

- He cambiado de parecer, **no** deseo cuidado infantil en vez de Asistencia en Efectivo.

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

Childcare in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) Discussion Guide

The goal of CILOCA is to assist families in becoming financially independent. It is very important for the Worker to present the option of CILOCA completely and clearly, and to ask the appropriate questions in order to help each applicant/participant determine if CILOCA is the best option for their family at that time. The following is a discussion guide, not a script. Tailor each discussion to the individual's circumstances.

Once you have established that an applicant/participant is employed: "I see that you are employed, and that you have children in your household under the age of 13. Did you know that you may be eligible for childcare assistance instead of Cash Assistance (CA)? You may decide that instead of receiving CA, what you really need is help paying for childcare. If you meet the eligibility requirements of the CILOCA program (CILOCA is Childcare in Lieu of Cash Assistance), HRA must pay an eligible childcare provider for your childcare."

"Of course, if you are working and need childcare while on CA, HRA will also pay for your childcare. However, while in receipt of CA, you are using up your 60-month lifetime limit of CA. What is great about CILOCA is that it **does not count** against your time limit. Therefore, you can save your months of eligibility for CA for a time when you are in greater need of financial help. If, at any time while in receipt of CILOCA, you decide that you need or want CA, you can always apply for it. Also, choosing CILOCA has no effect on your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Medicaid eligibility. If you ever become financially ineligible for CILOCA, you will be evaluated for an additional year of Transitional Childcare benefits."

"Another benefit of choosing CILOCA instead of CA is that you do not have to make up the difference between the hours you already work and the hours of work activity required to receive CA. For example, to qualify for CA, you must work and/or be engaged in a work activity for 35 hours per week. If you are working 30 hours per week, to qualify for CA, you would have to participate in a work-related activity for an additional five hours per week. But, if you choose CILOCA, you would not be required to be engaged those additional hours to qualify."

"Lastly, if you receive child support payments while in receipt of CA, HRA keeps most of your child support money as reimbursement for assistance paid to you. You will only receive up to \$100 per month or up to a maximum of \$200 of the support money paid to you if you have 2 or more children. With CILOCA, you will receive all of your child support money."

"So, if all you really need is childcare assistance and you choose not to receive CA, let me know at any time."

"Would you be interested in learning more about CILOCA and seeing if you qualify for it?"

If the applicant/participant answers, "Yes," then continue as follows. Otherwise, finish with client contact as appropriate.

(See page 2)

“How many hours per week are you working?”

Only continue the discussion if the individual qualifies for CILCOA by working in a job that is exempt from minimum wage rules and that pays less than minimum wage, and he/she works a minimum of:

- 17.5 hours per week for single-parent households;
- 25 combined hours per week for two-parent households with both parents working; **OR**

if the individual has gross earnings of at least minimum wage or more, or is self-employed making at least:

- \$127 per week or \$550 per month for single-parent households; or
- \$181 per week combined or \$784 per month combined for two-parent households with both parents working; **OR**

if the individual is part of a two parent household where one parent earns at least minimum wage or is self-employed and the other parent is employed in a job exempt from minimum wage rules that pays less than minimum wage and:

- the parent earning at least minimum wage or who is self-employed earns at least \$127 per week or \$550 per month; and
- the parent earning less than minimum wage is working a minimum of 7.5 hours per week.

If the individual is already receiving CA (in the case of a participant), inform him/her that their CA case must be closed in order to receive CILCOA but their SNAP and Medicaid will not be affected.

From here, continue with the rest of the eligibility verification, budgeting, and childcare processes as outlined in the CILCOA procedure (PD 13-12-ELI). Once eligibility has been verified, reinforce that he/she may change his/her mind and reapply for CA at any time. Refer to PD 13-12-ELI to answer any questions the individual may have.

SAMPLE

Date: _____
ACCIS Case Number: _____
Case Name: _____

Appointment Notice Child Care In Lieu of Cash Assistance (CILOCA)

Our records indicate that you are receiving Child Care In Lieu of Cash Assistance (CILOCA). In order to continue to receive CILOCA, you must document your eligibility for this benefit by verifying that you continue to meet the eligibility requirements listed on the reverse side of this notice.

In order to discuss your eligibility for continued CILOCA, we have scheduled an appointment for you* at:

Appointment Date: _____ Time: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

*If you are a two-parent household, your spouse must be present at the interview.

This is a mandatory eligibility appointment. You can also call this number if you have a physical, mental health or learning problem that makes it difficult for you to keep this appointment. If you have any questions or are unable to keep this appointment, please call **(212) 835-7001** before your appointment date.

Please bring documentation verifying the items below:

- Proof of shelter expenses (such as rent or mortgage);
- Proof of any earned or unearned income received in the last 30 days, (such as paystubs, letter from employer on official stationery listing salary and hours worked or, if self-employed, tax records); if you are a two-parent household, proof of income for both parents must be submitted. If your income fluctuated (changes a lot) you will need to bring 3 to 6 months of paystubs. If you have any questions about proof of income, please call **(212) 835-7001**.
- Proof of any assets (such as motor vehicle registration or title, savings/checking accounts);
- Proof of any changes in your living situation, such as change in household size. If you are reporting newborns, bring the birth certificate(s) and social security card(s) as verification.

(See page 2)

You must also bring to this interview the enclosed child care provider enrollment form(s) completed by you and your child care provider.

Please see below to determine what forms you should bring.

Type of Child Care:	You should bring:
Informal child care provider (babysitter)	Completed forms OCFS-LDSS-4699 , OCFS-LDSS-4699.2 , and CS274W , and a copy of your provider's current photo identification document (ID).
Informal group care includes unlicensed family day care providers or unlicensed group day care providers (includes school aged children).	Completed forms OCFS-LDSS-4700 and CS274W .
Licensed child care facility	Completed form CS274W .

Failure to submit the required documentation and child care forms may result in the discontinuance of your Child Care in Lieu of Cash Assistance case.

To be eligible for CILOCA, you must be eligible for Cash Assistance and must meet the CILOCA eligibility criteria listed below.

Eligible Single-parent households:

- The parent/guardian earns at least the State minimum wage of \$7.25 per hour or is self-employed and earns at least \$127 per week or \$550 per month; **OR**
- The parent/guardian is employed at least 17.5 hours per week in a job exempt from minimum wage rules that pays less than minimum wage.

Eligible Two-parent households:

- A two-parent household with both parents earning at least the State's minimum wage of \$7.25 per hour or with both parents self-employed and earning at least \$181 per week combined or \$784 per month combined; **OR**
- A two-parent household with both parents employed for a combined total of at least 25 hours per week in jobs exempt from minimum wage rules that pay less than minimum wage; **OR**
- A two-parent household that has one parent employed and earning at least the State minimum wage or is self-employed and the other parent is employed in a job exempt from minimum wage rules that pays less than minimum wage. The parent earning at least minimum wage or who is self-employed must earn at least \$127 per week or \$550 per month and the parent working a job earning less than minimum wage must be working a minimum of 7.5 hours per week.

Fecha: _____
Nombre del Caso ACCIS: _____
Número del Caso: _____

Aviso de Cita de Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA)

Según nuestros archivos, usted recibe Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA). Para poder continuar recibiendo CILOCA, usted debe documentar su elegibilidad para este beneficio mediante comprobante de que usted sigue cumpliendo los requisitos de elegibilidad listados al dorso de este aviso.

Le hemos programado a usted*, la siguiente cita para tratar de su elegibilidad para beneficios continuos de CILOCA:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

*Si usted es parte de un hogar de dos padres/madres, su cónyuge tiene que estar presente en la entrevista.

Esta cita de elegibilidad es obligatoria. Usted también puede llamar a este número si tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulte cumplir esta cita. Si usted tiene cualquier pregunta o si no puede cumplir esta cita, favor de llamar al **(212) 835-7001** antes de la fecha de su cita.

Favor de traer comprobantes de lo siguiente:

- Prueba de gastos de albergue (como alquiler o hipoteca);
- Prueba de todo ingreso salarial o no salarial recibido en los últimos 30 días (como talones de paga, carta de parte del empleador en membrete oficial que indique salario y horas trabajadas, o si trabaja por cuenta propia, expedientes tributarios); debe presentar prueba de ingreso para ambos padres/madres, si es parte de un hogar de dos padres/madres. Si su ingreso fluctúa (cambia bastante), usted va a tener que traer talones de paga por 3 a 6 meses. Si tiene alguna pregunta sobre prueba de ingreso, favor de llamar al **(212) 835-7001**.
- Prueba de todo activo (como matrícula de vehículo o título, cuenta de ahorros/corriente);
- Prueba de todo cambio en su situación de vivienda, como cambio en la composición del hogar. Si usted está reportando a recién nacidos, traiga certificado(s) de nacimiento y tarjeta(s) de seguro social como comprobante.

(Vea la página 2)

Además, usted debe traer a esta entrevista el/los adjunto(s) formulario(s) de inscripción del proveedor de cuidado infantil llenado(s) por usted y su proveedor de cuidado infantil.

Vea más abajo para determinar los formularios que debe traer.

Tipo de Cuidado Infantil:	Usted debe traer:
Proveedor informal de cuidado infantil (niñera)	Formularios OCFS-LDSS-4699, OCFS-LDSS-4699.2, y CS274W llenados, y una copia del documento actual de identificación con foto de su proveedor (ID).
Cuidado informal en grupo incluye a los proveedores de guarderías familiares sin licencia, o a los proveedores de guardería en grupo sin licencia (incluye a los niños de edad escolar)	Formularios OCFS-LDSS-4700 y CS274W llenados.
Local de cuidado infantil con licencia	Formulario CS274W llenado.

El no presentar la documentación necesaria y formularios de cuidado infantil puede resultar en la discontinuación de su caso de Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo.

Para ser elegible para CILOCA, usted debe ser elegible para Asistencia en Efectivo y debe reunir los requisitos de elegibilidad de CILOCA listados más abajo.

Hogares Elegibles con Padre/Madre Soltero(a)

- El padre/madre/tutor gana por lo menos el salario mínimo Estatal de \$7.25 la hora o trabaja por cuenta propia y gana por lo menos \$127 a la semana o \$550 al mes; **○**
- El padre/madre/tutor está empleado(a) por lo menos 17.5 horas a la semana en un trabajo exento de las reglas del salario mínimo que paga menos del salario mínimo.

Hogares Elegibles con Dos Padres:

- Un hogar con dos padres en que ambos ganen por lo menos el salario mínimo Estatal de \$7.25 la hora o en que ambos padres trabajen por cuenta propia y ganen por lo menos \$181 a la semana entre los dos o \$784 al mes entre los dos; **○**
- Un hogar de dos padres empleados por un total combinado de por lo menos 25 horas a la semana en trabajos exentos de las reglas del salario mínimo que paguen menos del salario mínimo; **○**
- Un hogar de dos padres en que un(a) padre/madre esté empleado y quien gane por lo menos el salario mínimo Estatal o quien trabaje por cuenta propia, y en que el otro padre esté empleado en un trabajo exento de las reglas del salario mínimo que pague menos del salario mínimo. El padre que gane por lo menos el salario mínimo o quien trabaje por cuenta propia debe ganar por lo menos \$127 a la semana o \$550 al mes y el padre/madre quien tenga un trabajo que pague menos del salario mínimo debe trabajar un mínimo de 7.5 horas a la semana.

Date: _____
ACCIS Case Number: _____
Case Name: _____

Notice of Rescheduled Appointment for Child Care In Lieu of Cash Assistance (CILOCA)

You* requested to reschedule your Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) appointment. Please report to the location listed below at the date and time indicated.

Appointment Date: _____ Time: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

*If you are a two-parent household, your spouse must be present at the interview.

This is a mandatory eligibility appointment. If you have any questions or are unable to keep this appointment, please call **(212) 835-7001** before your appointment date. You can also call this number if you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult for you to keep this appointment.

Please bring documentation verifying the items below:

- Proof of shelter expenses (such as rent or mortgage);
- Proof of any earned or unearned income received in the last 30 days, (such as paystubs, letter from employer on official stationery listing salary and hours worked or, if self-employed, tax records); if you are a two-parent household, proof of income for both parents must be submitted. If your income fluctuated (changes a lot) you will need to bring 3 to 6 months of paystubs. If you have any questions about proof of income, please call **(212) 835-7001**.
- Proof of any assets (such as motor vehicle registration or title, savings/checking accounts);
- Proof of any changes in your living situation, such as change in household size. If you are reporting newborns, bring the birth certificate(s) and social security card(s) as verification.

(See page 2)

In addition to the above documentation, you must bring the enclosed child care provider enrollment form(s) completed by you and your child care provider to this interview.

Please see below to determine what forms you should bring.

Type of Child Care:	You should bring:
Informal child care provider (babysitter)	Completed forms OCFS-LDSS-4699 , OCFS-LDSS-4699.2 , and CS274W , and a copy of your provider's current photo identification document (ID).
Informal group care includes unlicensed family day care providers or unlicensed group day care providers (includes school aged children)	Completed forms OCFS-LDSS-4700 and CS274W .
Licensed child care facility	Completed form CS274W .

Failure to submit the required documentation and child care forms may result in the discontinuance of your Child Care in Lieu of Cash Assistance case.

To be eligible for CILOCA, you must be eligible for Cash Assistance and must meet the CILOCA eligibility criteria listed below.

Eligible Single-parent households:

- The parent/guardian earns at least the State minimum wage of \$7.25 per hour or is self-employed and earns at least \$127 per week or \$550 per month; **OR**
- The parent/guardian is employed at least 17.5 hours per week in a job exempt from minimum wage rules that pays less than minimum wage

Eligible Two-parent households:

- A two-parent household with both parents earning at least the State's minimum wage of \$7.25 per hour or with both parents self-employed and earning at least \$181 per week combined or \$784 per month combined; **OR**
- A two-parent household with both parents employed for a combined total of at least 25 hours per week in jobs exempt from minimum wage rules that pay less than minimum wage; **OR**
- A two-parent household that has one parent employed and earning at least the State minimum wage or is self-employed and the other parent is employed in a job exempt from minimum wage rules that pays less than minimum wage. The parent earning at least minimum wage or who is self-employed must earn at least \$127 per week or \$550 per month and the parent working a job earning less than minimum wage must be working a minimum of 7.5 hours per week.

Fecha: _____
Número de Caso de ACCIS: _____
Nombre del Caso: _____

Aviso de Reprogramación de Cita para Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA)

Usted* solicitó una reprogramación de su cita de Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA). Favor de presentarse al local listado más abajo en la fecha y hora indicadas.

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

*Si usted es parte de un hogar de dos padres/madres, su cónyuge debe estar presente durante la entrevista.

Esta cita de elegibilidad es obligatoria. Si usted tiene alguna pregunta o si no puede cumplir la cita, favor de llamar al **(212) 835-7001** antes de la fecha de su cita. También, puede llamar a este número si tiene cualquier problema físico, de salud mental o de aprendizaje que le dificulte cumplir esta cita.

Favor de traer documentación que compruebe lo siguiente:

- Gastos de albergue (como alquiler o hipoteca);
- Ingreso salarial o no salarial recibido durante los últimos 30 días, (como talones de paga, una carta por parte de su empleador con membrete oficial, que indique salario y horas trabajadas o, si usted trabaja por cuenta propia, expedientes tributarios); si usted es parte de un hogar con dos padres/madres, debe presentar comprobante de ingreso para ambos padres/madres. Si su ingreso fluctúa (cambia bastante), usted va a tener que traer talones de paga por 3 a 6 meses. Si tiene alguna pregunta sobre prueba de ingreso, favor de llamar al **(212) 835-7001**.
- Activos (como título o matrícula de vehículo, cuenta de ahorros/corriente);
- Cualquier cambio en su situación de vivienda, como el número de integrantes de su hogar. Si usted está informándonos de algún recién nacido, traiga lo(s) certificado(s) de nacimiento(s) y tarjeta(s) de seguro social como comprobantes.

(Vea la página 2)

Además de la documentación de arriba, usted debe traer a esta entrevista el formulario adjunto del proveedor de cuidado infantil llenado por usted y por su proveedor.

Favor de consultar la tabla más abajo para determinar los formularios que usted debe traer.

Tipo de Cuidado Infantil:	Usted debe traer:
Proveedor informal de cuidado infantil (niñera)	Formularios llenados OCFS-LDSS-4699-S, OCFS-LDSS-4699-2S, y CS274W-S , y una copia del documento actual de identificación con foto de su proveedor (ID).
Cuidado informal en grupo incluye a los proveedores de guarderías familiares sin licencia o a los proveedores de guardería en grupo sin licencia (incluye a los niños de edad escolar)	Formularios llenados OCFS-LDSS-4700-S y CS274W-S .
Local de cuidado infantil con licencia	Formulario llenado CS274W-S .

El no presentar la documentación y formularios de cuidado infantil necesarios puede resultar en la discontinuación de su caso de Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo.

Para ser elegible para CIL OCA, usted debe ser elegible para Asistencia en Efectivo y debe reunir los requisitos de elegibilidad de CIL OCA listados más abajo.

Hogares Elegibles de un(a) Solo(a) padre/madre:

- El/la padre/madre/tutor gana por lo menos el salario mínimo Estatal de \$7.25 la hora o trabaja por cuenta propia y gana por lo menos \$127 a la semana o \$550 al mes; **O**
- El padre/madre/tutor está empleado por lo menos 17.5 horas a la semana en un trabajo exento de las reglas del salario mínimo que pague menos del salario mínimo.

Hogares Elegibles de Dos padres/madres:

- Un hogar de dos padres/madres en que ambos padres/madres ganen por lo menos el salario mínimo Estatal de \$7.25 la hora, o en que ambos padres/madres trabajen por cuenta propia y ganen un total combinado de por lo menos \$181 a la semana o \$784 al mes; **O**
- Un hogar de dos padres/madres en que ambos padres/madres están empleados por un total combinado de por lo menos 25 horas a la semana, en trabajos exentos de las reglas del salario mínimo que paguen menos del salario mínimo; **O**
- Un hogar de dos padres/madres en que uno de los/las padres/madres está empleado(a) y gane por lo menos el salario mínimo Estatal o trabaje por cuenta propia, y en que el/la otro(a) padre/madre esté empleado(a) en un trabajo exento de las reglas del salario mínimo, que pague menos del salario mínimo. El/la padre/madre quien gana por lo menos el salario mínimo o quien trabaja por cuenta propia debe ganar por lo menos \$127 a la semana o \$550 al mes, y el/la padre/madre quien trabaja en un empleo que gane menos del salario mínimo debe trabajar un mínimo de 17.5 horas a la semana.

Fecha: _____
Número de Caso de ACCIS: _____
Nombre del Caso: _____

Aviso de Reprogramación de Cita para Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA)

Usted* solicitó una reprogramación de su cita de Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA). Favor de presentarse al local listado más abajo en la fecha y hora indicadas.

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

*Si usted es parte de un hogar de dos padres/madres, su cónyuge debe estar presente durante la entrevista.

Esta cita de elegibilidad es obligatoria. Si usted tiene alguna pregunta o si no puede cumplir la cita, favor de llamar al **(212) 835-7001** antes de la fecha de su cita. También, puede llamar a este número si tiene cualquier problema físico, de salud mental o de aprendizaje que le dificulte cumplir esta cita.

Favor de traer documentación que compruebe lo siguiente:

- Gastos de albergue (como alquiler o hipoteca);
- Ingreso salarial o no salarial recibido durante los últimos 30 días, (como talones de paga, una carta por parte de su empleador con membrete oficial, que indique salario y horas trabajadas o, si usted trabaja por cuenta propia, expedientes tributarios); si usted es parte de un hogar con dos padres/madres, debe presentar comprobante de ingreso para ambos padres/madres. Si su ingreso fluctúa (cambia bastante), usted va a tener que traer talones de paga por 3 a 6 meses. Si tiene alguna pregunta sobre prueba de ingreso, favor de llamar al **(212) 835-7001**.
- Activos (como título o matrícula de vehículo, cuenta de ahorros/corriente);
- Cualquier cambio en su situación de vivienda, como el número de integrantes de su hogar. Si usted está informándonos de algún recién nacido, traiga lo(s) certificado(s) de nacimiento(s) y tarjeta(s) de seguro social como comprobantes.

(Vea la página 2)

Además de la documentación de arriba, usted debe traer a esta entrevista el formulario adjunto del proveedor de cuidado infantil llenado por usted y por su proveedor.

Favor de consultar la tabla más abajo para determinar los formularios que usted debe traer.

Tipo de Cuidado Infantil:	Usted debe traer:
Proveedor informal de cuidado infantil (niñera)	Formularios llenados OCFS-LDSS-4699-S, OCFS-LDSS-4699-2S, y CS274W-S , y una copia del documento actual de identificación con foto de su proveedor (ID).
Cuidado informal en grupo incluye a los proveedores de guarderías familiares sin licencia o a los proveedores de guardería en grupo sin licencia (incluye a los niños de edad escolar)	Formularios llenados OCFS-LDSS-4700-S y CS274W-S .
Local de cuidado infantil con licencia	Formulario llenado CS274W-S .

El no presentar la documentación y formularios de cuidado infantil necesarios puede resultar en la discontinuación de su caso de Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo.

Para ser elegible para CIL OCA, usted debe ser elegible para Asistencia en Efectivo y debe reunir los requisitos de elegibilidad de CIL OCA listados más abajo.

Hogares Elegibles de un(a) Solo(a) padre/madre:

- El/la padre/madre/tutor gana por lo menos el salario mínimo Estatal de \$7.25 la hora o trabaja por cuenta propia y gana por lo menos \$127 a la semana o \$550 al mes; **O**
- El padre/madre/tutor está empleado por lo menos 17.5 horas a la semana en un trabajo exento de las reglas del salario mínimo que pague menos del salario mínimo.

Hogares Elegibles de Dos padres/madres:

- Un hogar de dos padres/madres en que ambos padres/madres ganen por lo menos el salario mínimo Estatal de \$7.25 la hora, o en que ambos padres/madres trabajen por cuenta propia y ganen un total combinado de por lo menos \$181 a la semana o \$784 al mes; **O**
- Un hogar de dos padres/madres en que ambos padres/madres están empleados por un total combinado de por lo menos 25 horas a la semana, en trabajos exentos de las reglas del salario mínimo que paguen menos del salario mínimo; **O**
- Un hogar de dos padres/madres en que uno de los/las padres/madres está empleado(a) y gane por lo menos el salario mínimo Estatal o trabaje por cuenta propia, y en que el/la otro(a) padre/madre esté empleado(a) en un trabajo exento de las reglas del salario mínimo, que pague menos del salario mínimo. El/la padre/madre quien gana por lo menos el salario mínimo o quien trabaja por cuenta propia debe ganar por lo menos \$127 a la semana o \$550 al mes, y el/la padre/madre quien trabaja en un empleo que gane menos del salario mínimo debe trabajar un mínimo de 17.5 horas a la semana.

Date: _____
Case Name: _____
ACCIS Case Number: _____
Applicant/
Registration Number: _____

Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) Recertification Return Appointment

In order to complete the Child Care In Lieu of Cash Assistance (CILOCA) recertification process, the documentation in the checked boxes below must be submitted by the appointment date.

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

- LDSS-4699 LDSS-4700 CS-274W

Additional documents listed below. If none of the above child care provider forms are checked, the documentation requested below may be submitted via fax to: **(212) 835-7001** or mailed to the above address. A self-addressed return envelope has been provided to you.

Name	Eligibility Factor

REMINDER: All documents must be received by the above appointment/due date.

Failure to keep this appointment or failure to contact the Worker below by the appointment/due date will make you ineligible for continued Child Care in Lieu of Cash Assistance.

Parent/Guardian Signature

Date

Worker's Name (Please print)

Worker's Telephone Number

Fecha: _____
 Nombre del Caso: _____
 Número de Caso de ACCIS: _____
 Solicitante/
 Número de Registración: _____

Cita de Vuelta para Recertificación de Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA)

Para llevar a cabo el trámite de recertificación de Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA), se debe presentar la documentación en las casillas marcadas más abajo para la fecha de la cita.

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

- LDSS-4699** **LDSS-4700** **CS-274W**

Documentos adicionales listados más abajo. Si ninguno de los formularios de cuidado infantil más arriba están marcados, la documentación solicitada más abajo puede presentarse por fax al: **(212) 835-7001** o enviarse por correo a la dirección más arriba. Se le ha adjuntado un sobre con dirección del remitente.

Nombre	Factor de Elegibilidad

RECORDATORIO: Todos los documentos deben ser recibidos para la fecha de la cita/de entrega más arriba.

Al no cumplir esta cita o no comunicarse con el Trabajador más abajo para la fecha de la cita/de entrega resultará en la pérdida de su elegibilidad para Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo.

Firma del/de la Padre/Madre/Tutor

Fecha

Nombre del Trabajador (En letra de molde)

Número de Teléfono del Trabajador

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 **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: _____

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 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: _____

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,
PARTICIPANT'S NAME

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)**.

Current income information is not on file for _____ and child care was not in place at the time of
PARTICIPANT'S NAME

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.

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 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: _____

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
APPROVAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP OR Agency Conference _____ Fair Hearing information and assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance Information _____

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ for child care benefits has been approved.
 Your child care benefits are effective* _____ to* _____ while you are _____.

Comments:

BENEFITS. Payment will be provided on behalf of the following:

Child(ren):	For this provider:	For the amount of:**	Full Time or Part Time:
SAMPLE			

**Note: "effective" means the action or benefit begins on that day, "to" means the action or benefit is in effect on that date.*

***Payment may vary based on fluctuations in your approved activity and/or absences.*

Benefits will be paid: Directly to you. Directly to your provider.

Your provider must submit a monthly bill and attendance sheet.

FAMILY SHARE. You are responsible for paying the following fees:

- Effective _____, a **Weekly Family Share** must be paid to _____ in the amount of \$ _____ per week.
- Effective _____, an **Additional Family Share** must be paid to _____ in the amount of \$ _____ per week.
- Effective _____, a **Court Ordered Family Share** must be paid to _____ in the amount of \$ _____ per week, for the child(ren) _____.

The following information is an explanation of how your weekly family share was determined.

Family's annual gross income \$ _____

Minus 100% annual state income standard for a family size of _____ \$ _____

Remaining income \$ _____

Remaining income \$ _____ X family share % _____ % = \$ _____

\$ _____ / 52 weeks = \$ _____ weekly family share

All family share amounts are rounded to the nearest \$0.50. There is a minimum fee of \$1 per week for all families not receiving TA.

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

- Notify your caseworker immediately of any change in family income, who lives in your house, employment, child care arrangements or other changes which may affect your continued eligibility or the amount of your benefit.
- Promptly pay any family share required.

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

RIGHT TO REJECT SERVICES: Approval of your application does not obligate you to accept the services. You may choose to decline the services.

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing.**

If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.

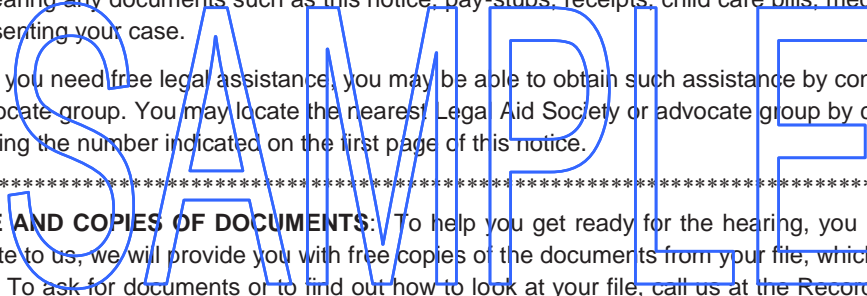
RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.



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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____

District: _____

Address: _____

Case Number: _____

Telephone: _____

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
APPROVAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
CASE NUMBER	CIN NUMBER		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS			
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP	212-331-4898
		OR Agency Conference	212-835-7073
		Fair Hearing information and assistance	800-342-3334
		Record Access	718-722-5012
		Legal Assistance Information	311

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ for child care benefits has been approved.
 Your child care benefits are effective* _____ to* _____ while you are in receipt of Child Care .

Comments: In Lieu of Cash Assistance

BENEFITS. Payment will be provided on behalf of the following:

Child(ren):	For this provider:	For the amount of:**	Full Time or Part Time:

**Note: "effective" means the action or benefit begins on that day, "to" means the action or benefit is in effect on that date.*

***Payment may vary based on fluctuations in your approved activity and/or absences.*

Benefits will be paid: Directly to you. Directly to your provider.

Your provider must submit a monthly bill and attendance sheet.

FAMILY SHARE. You are responsible for paying the following fees:

- Effective _____, a **Weekly Family Share** must be paid to _____ in the amount of \$ _____ per week.
- Effective _____, an **Additional Family Share** must be paid to _____ in the amount of \$ _____ per week.
- Effective _____, a **Court Ordered Family Share** must be paid to _____ in the amount of \$ _____ per week, for the child(ren) _____.

The following information is an explanation of how your weekly family share was determined.

Family's annual gross income \$ _____
 Minus 100% annual state income standard for a family size of _____ \$ _____
 Remaining income \$ _____
 Remaining income \$ _____ X family share % _____ % = \$ _____
 \$ _____ / 52 weeks = \$ _____ weekly family share

All family share amounts are rounded to the nearest \$0.50. There is a minimum fee of \$1 per week for all families not receiving TA.

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

- Notify your caseworker immediately of any change in family income, who lives in your house, employment, child care arrangements or other changes which may affect your continued eligibility or the amount of your benefit.
- Promptly pay any family share required.

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
 BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

RIGHT TO REJECT SERVICES: Approval of your application does not obligate you to accept the services. You may choose to decline the services.

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing.**

If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____

District: _____

Address: _____

Case Number: _____

Telephone: _____

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

APROBACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELEFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales Acceso a Registros Información sobre Asistencia Legal	
NO.DE OFICINA	NO.DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)	

Su solicitud fechada el _____ para beneficios de cuidado infantil ha sido aprobada.
 Los beneficios de cuidado infantil son efectivos* del _____ a* _____
 mientras usted está en _____

Comentarios:

BENEFICIOS. El pago será provisto en nombre de los siguientes:

Niños:	Para este proveedor(a):	Para la cantidad de:**	Tiempo Completo o Tiempo Parcial:

**Nota: "efectivo" significa que la acción o el beneficio empieza ese día; "a" significa que la acción o el beneficio está en efecto hasta e incluyendo ese día.
 **El pago puede variar basado en fluctuaciones en su actividad aprobada y/o ausencias.*

Los beneficios serán pagados: Directamente a usted. Directamente a su proveedor(a).
 Su proveedor(a) debe presentar una factura mensual y una lista de asistencia.

PORCIÓN FAMILIAR. Usted es responsable de pagar las siguientes cuotas:

- Efectivo el _____, una **Porción Familiar Semanal** debe ser pagada a _____ en la cantidad de \$ _____ por semana.
- Efectivo _____, una **Porción Familiar Adicional** debe ser pagada a _____ en la cantidad de \$ _____ por semana.
- Efectivo _____, una **Porción Familiar Ordenada por el Tribunal** debe ser pagada a _____ en la cantidad de \$ _____ por semana, para los niños _____

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su porción familiar semanal.

Ingreso bruto anual de la familia \$ _____
 Menos del 100% anual del ingreso estatal estándar para una familia de _____ \$ _____
 Ingreso restante \$ _____
 Ingreso restante \$ _____ X porción familiar _____ % = \$ _____
 \$ _____ / 52 semanas = \$ _____ porción semanal de la familia

Todas las porciones se las redondea a la cifra más próxima a \$0.50. Hay una tarifa mínima de \$1 por semana para todas las familias que no reciben TA.

Para continuar recibiendo beneficios, éstas son sus responsabilidades:

- Notifique a su trabajador(a) de caso inmediatamente sobre cualquier cambio en el ingreso económico de la familia, la persona que vive en su hogar, empleo, arreglos de cuidado infantil u otros cambios que puedan afectar su elegibilidad continua o la cantidad de su beneficio.
- Pague con prontitud cualquier porción familiar requerida.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
 COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL**

DERECHO A RECHAZAR SERVICIOS: La aprobación de su solicitud no le obliga a aceptar estos servicios. Usted puede declinar aceptar servicios si así lo desea.

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334 O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers" o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escríbanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedir las con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán solamente si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escríbanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Distrito: _____

Dirección: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

APROBACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN		NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
				NO. DE TELEFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA 212-331-4898	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia 212-835-7073 Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales 800-342-3334 Acceso a Registros 718-722-5012 Información sobre Asistencia Legal 311	

NO.DE OFICINA	NO.DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)
---------------	--------------	----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Su solicitud fechada el _____ para beneficios de cuidado infantil ha sido aprobada.

Los beneficios de cuidado infantil son efectivos* del _____ a* _____

mientras usted está en Recibiendo Cuidado Infantil en vez de Asistencia en Efectivo (CILOCA)

Comentarios:

BENEFICIOS. El pago será provisto en nombre de los siguientes:

Niños:	Para este proveedor(a):	Para la cantidad de:**	Tiempo Completo o Tiempo Parcial:

**Nota: "efectivo" significa que la acción o el beneficio empieza ese día; "a" significa que la acción o el beneficio está en efecto hasta e incluyendo ese día.*

***El pago puede variar basado en fluctuaciones en su actividad aprobada y/o ausencias.*

Los beneficios serán pagados: Directamente a usted. Directamente a su proveedor(a).

Su proveedor(a) debe presentar una factura mensual y una lista de asistencia.

PORCIÓN FAMILIAR. Usted es responsable de pagar las siguientes cuotas:

Efectivo el _____, una **Porción Familiar Semanal** debe ser pagada a _____ en la cantidad de \$ _____ por semana.

Efectivo _____, una **Porción Familiar Adicional** debe ser pagada a _____ en la cantidad de \$ _____ por semana.

Efectivo _____, una **Porción Familiar Ordenada por el Tribunal** debe ser pagada a _____ en la cantidad de \$ _____ por semana, para los niños _____

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su porción familiar semanal.

Ingreso bruto anual de la familia \$ _____

Menos del 100% anual del ingreso estatal estándar para una familia de _____ \$ _____

Ingreso restante \$ _____

Ingreso restante \$ _____ X porción familiar _____ % = \$ _____

\$ _____ / 52 semanas = \$ _____ porción semanal de la familia

Todas las porciones se las redondea a la cifra más próxima a \$0.50. Hay una tarifa mínima de \$1 por semana para todas las familias que no reciben TA.

Para continuar recibiendo beneficios, éstas son sus responsabilidades:

- Notifique a su trabajador(a) de caso inmediatamente sobre cualquier cambio en el ingreso económico de la familia, la persona que vive en su hogar, empleo, arreglos de cuidado infantil u otros cambios que puedan afectar su elegibilidad continua o la cantidad de su beneficio.
- Pague con prontitud cualquier porción familiar requerida.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

DERECHO A RECHAZAR SERVICIOS: La aprobación de su solicitud no le obliga a aceptar estos servicios. Usted puede declinar aceptar servicios si así lo desea.

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334 O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers" o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán solamente si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access _____
		Legal Assistance information _____

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: _____

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a single parent earning less than state minimum wage of \$7.25 per hour from a job that is exempt from the minimum wage requirement but you are not working at least 17.5 hours per week.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____

18 NCYRR § 415.2(a)

YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION
CLIENT/FAIR HEARINGS COPY

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a single parent who is either employed at a job that is not exempt from the minimum wage requirement or self-employed but you are not earning at least \$7.25 per hour, or at least \$127 per week, or at least \$550 per month.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NCYRR § 415.2(a)(1)(ii).

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION
CLIENT/FAIR HEARINGS COPY**

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____ .

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a single parent who is either employed at a job that is not exempt from the minimum wage requirement or self-employed but you are not earning at least \$7.25 per hour, or at least \$127 per week, or at least \$550 per month.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NCYRR § 415.2(a)(1)(ii).

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION
CLIENT/FAIR HEARINGS COPY**

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____ .

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a two-parent household and both parents are employed in jobs that are exempt from the minimum wage requirement but are not working for a combined total of at least 25 hours per week.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____

NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NCYRR § 415.2(a)(1)(ii).

YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION
CLIENT/FAIR HEARINGS COPY

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a two-parent household and you did not verify that both parents earn the State minimum wage of \$7.25 per hour or are self-employed and earn at least a total of \$181 per week, or at least a total of \$784 per month.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
NY Social Services Law § 410-w(4); 18 NCYRR § 415.2(a)

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a two-parent household and you did not verify that both parents earn the State minimum wage of \$7.25 per hour or are self-employed and earn at least a total of \$181 per week, or at least a total of \$784 per month.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
NY Social Services Law § 410-w(4); 18 NCYRR § 415.2(a)

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a two parent household and you did not verify that one parent is making minimum wage and earns a minimum of \$127 per week or \$550 per month and that the other parent is in a job exempt from minimum wage working a minimum of 7.50 hours per week.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii).

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION
CLIENT/FAIR HEARINGS COPY**

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you failed to keep a mandatory appointment to evaluate your continued eligibility for Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) on _____.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____

18 NCYRR § 350.3(c)

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____ .

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and your income/resources exceeds the Cash Assistance eligibility limits and, therefore, you are not eligible for Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA)

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____

NY Social Services Law § 410-w(4), 18 NCYRR § 415.2(a)(1)(ii); 352.29

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you failed to submit the documentation listed below to verify your eligibility for Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA)

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
18 NCYRR §§ 351.1, 351.2, 351.6, 404.1

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION
CLIENT/FAIR HEARINGS COPY**

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, at least one parent does not meet the alien eligibility criteria for Cash Assistance.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
18 NCYRR §§ 349.3

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for this program because your youngest child is over age 13.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____

18 NCYRR § 415.2(a)(1)(iii)

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for Cash Assistance. To be eligible for CILOCA you must first be eligible for Cash Assistance. You were not eligible for Cash Assistance because you failed to keep an appointment with the Bureau of Eligibility Verification on ___/___/___.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____% of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii)

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for Cash Assistance. To be eligible for CILOCA you must first be eligible for Cash Assistance because you failed to cooperate with the Bureau of Eligibility Verification.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii)

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
DENIAL OF YOUR APPLICATION FOR CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		OR Agency Conference _____
		Fair Hearing information and assistance _____
		Record Access <u>718-722-5012</u>
		Legal Assistance information <u>311</u>

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

Your application dated _____ has been **denied** and the reason or reasons your application has been denied are explained below.

Comments: _____

You are ineligible to receive benefits because:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

You have not provided us with the following documents: _____

You are not programmatically eligible for child care services because: You applied for "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you do not meet the eligibility criteria for Cash Assistance. To be eligible for CILOCA you must first be eligible for Cash Assistance. You were not eligible for Cash Assistance because you or another individual in your household 18 years of age or older failed to comply with the finger imaging requirement.

Due to insufficient funding the district is not opening cases at this time.

Due to insufficient funding, the district is only opening cases up to _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see attached addendum for additional information)*

Other: _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii); 351.2(a)

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your 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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO DENIAL OF YOUR APPLICATION
FOR CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are not eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____ . This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____ .

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker on page one of this notice to determine if you were denied child care benefits in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority Level = ____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____. This exceeds the maximum of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18 NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties; public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="checkbox"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales	
				Acceso a Registros	
				Información sobre Asistencia Legal	
NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)	

Su solicitud fechada el _____ ha sido **denegada** y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.

Comentarios: _____

Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:

El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____. Para el tamaño de una Familia de _____ (Vea al anexo adjunto para información adicional)

Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____

Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: _____

Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.

Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. (Vea el anexo adjunto para información adicional)

Otro: _____

La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedir las con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre:	Distrito:
Dirección:	Número de Caso:
	Teléfono:

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales 718-722-5012	
				Acceso a Registros 311	
Información sobre Asistencia Legal					
NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)	

Su solicitud fechada el _____ ha sido **denegada** y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.

Comentarios: _____

Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:

El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ (Vea al anexo adjunto para información adicional)

Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____

Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" pero no cumple los requisitos de este programa, porque según la información proporcionada a esta agencia, usted es padre/madre soltero(a) quien gana menos del salario mínimo estatal de \$7.25 la hora en un trabajo exento del requisito del salario mínimo, pero usted no está trabajando por lo menos 17.5 horas semanales.

Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.

Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. (Vea el anexo adjunto para información adicional)

Otro: _____

La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
18 NCYRR § 415.2(a)

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>718-722-5012</u>	
				Acceso a Registros <u>311</u>	
				Información sobre Asistencia Legal	

NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)
-------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Su solicitud fechada el _____ ha sido **denegada** y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.

Comentarios: _____

Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:

El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ (Vea al anexo adjunto para información adicional)

Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____

Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" pero no cumple los requisitos de este programa, porque según la información proporcionada a esta agencia, usted es padre/madre soltero(a) quien está empleado(a) en un trabajo no exento del requisito del salario mínimo, o que trabaja por cuenta propia pero no gana por lo menos \$7.25 la hora, o por lo menos \$127 a la semana, o por lo menos \$550 al mes.

Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.

Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. (Vea el anexo adjunto para información adicional)

Otro: _____

La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NCYRR § 415.2(a)(1)(ii).

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>718-722-5012</u>	
				Acceso a Registros <u>311</u>	
				Información sobre Asistencia Legal	

NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)
-------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Su solicitud fechada el _____ ha sido **denegada** y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.

Comentarios: _____

Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:

El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ (Vea al anexo adjunto para información adicional)

Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____

Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" pero no cumple los requisitos de este programa, porque según la información proporcionada a esta agencia, usted es parte de un hogar de un padre y una madre y ambos son empleados en trabajos exentos del requisito del salario mínimo pero no están trabajando por lo menos un total combinado de 25 horas semanales.

Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.

Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. (Vea el anexo adjunto para información adicional)

Otro: _____

La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NCYRR § 415.2(a)(1)(ii).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedir las con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales 718-722-5012	
				Acceso a Registros 311	
				Información sobre Asistencia Legal	
NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)	

Su solicitud fechada el _____ ha sido **denegada** y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.

Comentarios: _____

Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:

El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ (Vea al anexo adjunto para información adicional)

Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____

Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" pero no cumple los requisitos de este programa, porque según la información proporcionada a esta agencia, usted es parte de un hogar de un padre y una madre y no probó que ambos padres ganen el salario mínimo Estatal de \$7.25 la hora o que trabajen por cuenta propia y ganen un total de \$181 a la semana, o por lo menos un total de \$784 al mes.

Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.

Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. (Vea el anexo adjunto para información adicional)

Otro: _____

La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
NY Social Services Law § 410-w(4); 18 NCYRR § 415.2(a)

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales 718-722-5012	
				Acceso a Registros 311	
<input type="radio"/> Información sobre Asistencia Legal					

NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)
-------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Su solicitud fechada el _____ ha sido **denegada** y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.

Comentarios: _____

Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:

El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ (Vea al anexo adjunto para información adicional)

Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____

Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted no reúne los requisitos de elegibilidad de "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" porque según la información proporcionada a esta agencia, usted es parte de un hogar de dos padres/madres y usted no probó que uno(a) de los/las padres/madres gana el salario mínimo y gana un mínimo de \$127 a la semana o \$550 al mes y que el otro(a) padre/madre tiene un trabajo exento del salario mínimo y trabaja un mínimo de 7.50 horas semanales.

Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.

Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. (Vea el anexo adjunto para información adicional)

Otro: _____

La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
 COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales 718-722-5012	
				Acceso a Registros 311	
				Información sobre Asistencia Legal	

NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)
-------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Su solicitud fechada el _____ ha sido **denegada** y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.

Comentarios: _____

Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:

El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ (Vea al anexo adjunto para información adicional)

Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____

Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y no cumplió una cita obligatoria para evaluar su elegibilidad continua para Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA) el _____.

Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.

Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. (Vea el anexo adjunto para información adicional)

Otro: _____

La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
18 NCYRR § 350.3(c)

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL		
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN				
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN						
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA		
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales		718-722-5012
				<input type="radio"/> Acceso a Registros		311
				<input type="radio"/> Información sobre Asistencia Legal		
NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)		
Su solicitud fechada el _____ ha sido denegada y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.						
Comentarios: _____						
Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:						
<input type="checkbox"/> El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ <i>(Vea al anexo adjunto para información adicional)</i>						
<input type="checkbox"/> Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____ _____ _____						
<input checked="" type="checkbox"/> Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y sus ingresos/recursos exceden el límite de elegibilidad de Asistencia en Efectivo y, por lo tanto, usted no es elegible para Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA).						
<input type="checkbox"/> Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.						
<input type="checkbox"/> Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. <i>(Vea el anexo adjunto para información adicional)</i>						
<input type="checkbox"/> Otro: _____ _____						
La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____ NY Social Services Law § 410-w(4), 18 NCYRR § 415.2(a)(1)(ii); 352.29						

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
 COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				
			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			O Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u>	
			Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u>	
			Acceso a Registros <u>718-722-5012</u>	
			Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>	

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y ya no reúne los requisitos de elegibilidad para este programa porque no presentó la documentación listada más abajo para probar su elegibilidad continua para Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA).

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
18 NYCRR § 350.3(c).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales 718-722-5012	
				Acceso a Registros 311	
Información sobre Asistencia Legal					
NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)	
Su solicitud fechada el _____ ha sido denegada y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.					
Comentarios: _____					
Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:					
<input type="checkbox"/> El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ (Vea al anexo adjunto para información adicional)					
<input type="checkbox"/> Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____ _____ _____					
<input checked="" type="checkbox"/> Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y no presentó la documentación listada más abajo para probar su elegibilidad para Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA). _____					
<input type="checkbox"/> Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.					
<input type="checkbox"/> Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. (Vea el anexo adjunto para información adicional)					
<input type="checkbox"/> Otro: _____ _____					
La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____					
18 NCYRR §§ 351.1, 351.2, 351.6, 404.1					

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
 COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL		
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN				
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN						
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA		
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales		718-722-5012
				Acceso a Registros		311
				Información sobre Asistencia Legal		

NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)
-------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Su solicitud fechada el _____ ha sido **denegada** y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.

Comentarios: _____

Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:

El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ (Vea al anexo adjunto para información adicional)

Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____

Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y no reúne los requisitos de elegibilidad de este programa, porque según la información proporcionada a esta agencia, por lo menos un(a) padre/madre no reúne los requisitos de elegibilidad de Asistencia en Efectivo para extranjeros.

Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.

Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. (Vea el anexo adjunto para información adicional)

Otro: _____

La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
18 NCYRR §§ 349.3

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citas listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA O Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales 718-722-5012 Acceso a Registros 311 Información sobre Asistencia Legal	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)	
Su solicitud fechada el _____ ha sido denegada y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.					
Comentarios: _____					
Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:					
<input type="checkbox"/> El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ <i>(Vea al anexo adjunto para información adicional)</i>					
<input type="checkbox"/> Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____ _____ _____					
<input checked="" type="checkbox"/> Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" pero ya no es elegible para este programa porque el menor de sus niños tiene más de 13 años de edad. _____ _____					
<input type="checkbox"/> Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.					
<input type="checkbox"/> Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. <i>(Vea el anexo adjunto para información adicional)</i>					
<input type="checkbox"/> Otro: _____ _____ _____					
La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____ 18 NCYRR § 415.2(a)(1)(iii)					

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
 COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038		
CASE NUMBER	CIN NUMBER			
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
		212-331-4893		
		OR Agency Conference	212-331-7073	
		Fair Hearing information and assistance	800-342-3334	
		Record Access	718-722-5012	
		Legal Assistance information	311	
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
<p>This notice is to inform you that your case will be closed _____.</p> <p>You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.</p>				
Comments:				
The reason for this action is:				
<input type="checkbox"/> Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>				
<input type="checkbox"/> Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>				
<input checked="" type="checkbox"/> You are not programmatically eligible for child care services because: <u>You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you are no longer eligible for this program because your household no longer meets the eligibility criteria for Cash Assistance. To be eligible for CILOCA you must first be eligible for Cash Assistance. You are no longer eligible for Cash Assistance because you failed to comply with the Bureau of Eligibility Verification.</u>				
<input type="checkbox"/> You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____ _____ _____				
<input type="checkbox"/> Other _____ _____ _____				
<p>The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____</p> <p style="text-align: center;">18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii).</p>				

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

CLIENT/FAIR HEARINGS COPY

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales 718-722-5012	
				Acceso a Registros 311	
				Información sobre Asistencia Legal	

NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)
-------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Su solicitud fechada el _____ ha sido **denegada** y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.

Comentarios: _____

Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:

El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ (Vea al anexo adjunto para información adicional)

Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____

Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y no reúne los requisitos de elegibilidad para Asistencia en Efectivo. Para ser elegible para CILOCA, primero se debe ser elegible para Asistencia en Efectivo. Usted no era elegible para Asistencia en Efectivo porque no cooperó con la Oficina de Verificación de Elegibilidad (Bureau of Eligibility Verification).

Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.

Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. (Vea el anexo adjunto para información adicional)

Otro: _____

La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii)

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de l operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTROS U OFICINA DISTRITAL		
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN				
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN						
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA		
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales		_____ 718-722-5012
				Acceso a Registros		_____ 311
				Información sobre Asistencia Legal		
NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)		
Su solicitud fechada el _____ ha sido denegada y la razón o razones por las que su solicitud ha sido denegada se explican abajo.						
Comentarios: _____						
Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:						
<input type="checkbox"/> El ingreso bruto de su familia excede el 200% del Ingreso Estatal Estándar, el que es el ingreso máximo permitido por la regulación del Estado de Nueva York para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ Para el tamaño de una Familia de _____ <i>(Vea al anexo adjunto para información adicional)</i>						
<input type="checkbox"/> Usted no ha provisto los siguientes documentos: _____ _____ _____						
<input checked="" type="checkbox"/> Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: Usted solicitó "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y no reúne los requisitos de elegibilidad para Asistencia en Efectivo. Para ser elegible para CILOCA, primero se debe ser elegible para Asistencia en Efectivo. Usted no era elegible para Asistencia en Efectivo porque usted u otra persona en su hogar con 18 años de edad o más no cumplió con el requisito de impresiones dactilares.						
<input type="checkbox"/> Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento.						
<input type="checkbox"/> Debido a fondos insuficientes, el distrito sólo está abriendo casos hasta el _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de \$ _____ para el tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio de elegibilidad para una designación garantizada de cuidado infantil. <i>(Vea el anexo adjunto para información adicional)</i>						
<input type="checkbox"/> Otro: _____ _____						
La(s) LEY(LEYES) Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____ 18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii); 351.2(a)						

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.
 COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ Número de Caso: _____

Hemos determinado que usted no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es \$ _____ . Esto excede el ingreso mensual bruto máximo de \$ _____ para una familia del tamaño de _____ .

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

Hay un niño(a) con necesidades especiales residiendo en su hogar. Sí No **Si usted tiene un niño(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) en la primera página de esta notificación para determinar si usted ha sido denegado beneficios de cuidado infantil erróneamente.**

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguiente recursos.		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el máximo de \$ _____

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN NUMBER	GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS				
		OR Agency Conference	_____	
		Fair Hearing information and assistance	_____	
		Record Access	_____	
		Legal Assistance information	_____	
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.

This notice is to inform you that your case will be closed _____ .
 You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____ .

Comments:

The reason for this action is:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see the attached addendum for additional information)*

You are not programmatically eligible for child care services because: _____

You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____

Other _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
 BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

- KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME.** If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.
- I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.**

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
 Address: _____

District: _____
 Case Number: _____
 Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

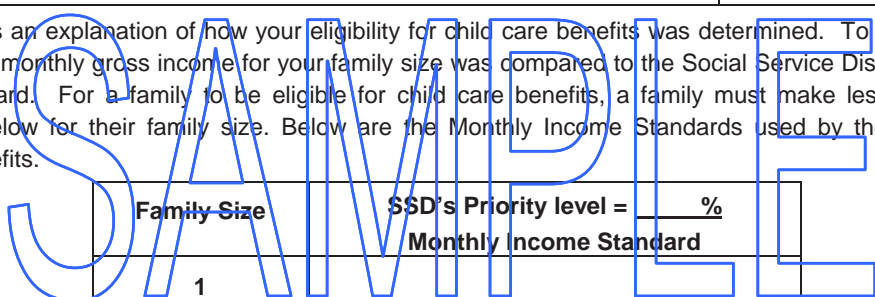
This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.



Family Size	SSD's Priority level = _____ % Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____ .

This exceeds the maximum income of \$ _____ .

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		212-331-4893
		OR Agency Conference
		212-331-7073
		Fair Hearing information and assistance
		800-342-3334
		Record Access
		718-722-5012
		Legal Assistance information
		311

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

This notice is to inform you that your case will be closed _____.

You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.

Comments:

The reason for this action is:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see the attached addendum for additional information)*

You are not programmatically eligible for child care services because: You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you no longer meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a single parent earning less than the state's minimum wage of \$7.25 per hour from a job that is exempt from the minimum wage requirement but you are not working at least 17.5 hours per week.

You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____

Other _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____

18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii).

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN NUMBER	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
		212-331-4893		
		OR	Agency Conference 212-331-7073	
			Fair Hearing information and assistance 800-342-3334	
			Record Access 718-722-5012	
			Legal Assistance information 311	
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
<p>This notice is to inform you that your case will be closed _____.</p> <p>You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.</p>				
Comments:				
The reason for this action is:				
<input type="checkbox"/> Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>				
<input type="checkbox"/> Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>				
<input checked="" type="checkbox"/> You are not programmatically eligible for child care services because: <u>You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you no longer meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a single parent who is either employed at a job that is not exempt from the minimum wage requirement or self-employed but you are not earning at least \$7.25 per hour, or at least \$127 per week, or at least \$550 per month.</u>				
<input type="checkbox"/> You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____ _____ _____				
<input type="checkbox"/> Other _____ _____ _____				
The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____ NY Social Services Law § 410-w(4); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii); _____ _____				

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

CLIENT/FAIR HEARINGS COPY

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP 212-331-4893
		OR Agency Conference 212-331-7073
		Fair Hearing information and assistance 800-342-3334
		Record Access 718-722-5012
		Legal Assistance information 311

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

This notice is to inform you that your case will be closed _____.

You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.

Comments:

The reason for this action is:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see the attached addendum for additional information)*

You are not programmatically eligible for child care services because: You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you no longer meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a two-parent household and both parents are employed in jobs that are exempt from the minimum wage requirement but are not working for a combined total of at least 25 hours per week.

You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____

Other _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____

NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii).

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038
CASE NUMBER	CIN NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP 212-331-4893
		OR Agency Conference 212-331-7073
		Fair Hearing information and assistance 800-342-3334
		Record Access 718-722-5012
		Legal Assistance information 311

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

This notice is to inform you that your case will be closed _____.

You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.

Comments:

The reason for this action is:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see the attached addendum for additional information)*

You are not programmatically eligible for child care services because: You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you no longer meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a two parent household and you did not verify that one parent is making minimum wage and earns a minimum of \$127 per week or \$550 per month and that the other parent is in a job exempt from minimum wage working a minimum of 7.50 hours per week.

You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____

Other _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(i).

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN NUMBER	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
		212-331-4893		
		OR Agency Conference	212-331-7073	
		Fair Hearing information and assistance	800-342-3334	
		Record Access	718-722-5012	
		Legal Assistance information	311	
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
This notice is to inform you that your case will be closed _____.				
You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.				
Comments:				
The reason for this action is:				
<input type="checkbox"/> Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>				
<input type="checkbox"/> Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>				
<input checked="" type="checkbox"/> You are not programmatically eligible for child care services because: <u>You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you no longer meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, you are a two-parent household and you did not verify that both parents earn the State minimum wage of \$7.25 per hour or are self-employed and earn at least a total of \$181 per week, or at least a total of \$784 per month.</u>				
<input type="checkbox"/> You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____ _____ _____				
<input type="checkbox"/> Other _____ _____ _____				
The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____ NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii). _____ _____				

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

CLIENT/FAIR HEARINGS COPY

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:		EFFECTIVE DATE		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER		CIN NUMBER		NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS						
				GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
				212-331-4893		
				OR	Agency Conference	212-331-7073
					Fair Hearing information and assistance	800-342-3334
					Record Access	718-722-5012
	Legal Assistance information	311				
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.		
This notice is to inform you that your case will be closed _____ You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____						
Comments:						
The reason for this action is:						
<input type="checkbox"/> Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____. (Please see the attached addendum for additional information)						
<input type="checkbox"/> Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. (Please see the attached addendum for additional information)						
<input checked="" type="checkbox"/> You are not programmatically eligible for child care services because: You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you are no longer eligible because you failed to keep a mandatory appointment to evaluate your continued eligibility for Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) on _____.						
<input type="checkbox"/> You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____ _____ _____						
<input type="checkbox"/> Other _____ _____ _____						
The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____ 18 NYCRR § 350.3(c). _____ _____						

YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION
 CLIENT/FAIR HEARINGS COPY

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN NUMBER	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
		212-331-4893		
		OR Agency Conference	212-331-7073	
		Fair Hearing information and assistance	800-342-3334	
		Record Access	718-722-5012	
		Legal Assistance information	311	
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.

This notice is to inform you that your case will be closed _____.
 You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.

Comments:

The reason for this action is:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see the attached addendum for additional information)*

You are not programmatically eligible for child care services because: You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you no longer meet the eligibility criteria for this program because based on the information you provided to this agency, your income/resources exceeds the Cash Assistance eligibility limits.

You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____

Other _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
 NY Social Services Law 410-w(4)(a); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii).

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:		EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER		CIN NUMBER	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS			GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
			212-331-4893		
			OR Agency Conference 212-331-7073		
			Fair Hearing information and assistance 800-342-3334		
			Record Access 718-722-5012		
			Legal Assistance information 311		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.	
This notice is to inform you that your case will be closed _____.					
You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.					
Comments:					
The reason for this action is:					
<input type="checkbox"/> Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>					
<input type="checkbox"/> Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>					
<input checked="" type="checkbox"/> You are not programmatically eligible for child care services because: <u>You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you no longer meet the eligibility criteria for this program because you failed to submit documentation to verify your continued eligibility for Child Care in Lieu of Cash Assistance (CILOCA).</u>					
<input type="checkbox"/> You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____ _____ _____					
<input type="checkbox"/> Other _____ _____ _____					
The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____					
18 NYCRR § 350.3(c).					

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**
CLIENT/FAIR HEARINGS COPY

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	CIN NUMBER	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP
		212-331-4893
		OR Agency Conference 212-331-7073
		Fair Hearing information and assistance 800-342-3334
		Record Access 718-722-5012
		Legal Assistance information 311

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	----------------------

This notice is to inform you that your case will be closed _____.

You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.

Comments:

The reason for this action is:

Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____.
(Please see the attached addendum for additional information)

Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. *(Please see the attached addendum for additional information)*

You are not programmatically eligible for child care services because: You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you are no longer eligible for this program because your youngest child is 13 or older.

You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____

Other _____

The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____
18 NYCRR § 415.2(a)(1)(iii).

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:		EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER		CIN NUMBER	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS			GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
			212-331-4893		
			OR Agency Conference 212-331-7073		
			Fair Hearing information and assistance 800-342-3334		
			Record Access 718-722-5012		
			Legal Assistance information 311		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.	
This notice is to inform you that your case will be closed _____.					
You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.					
Comments:					
The reason for this action is:					
<input type="checkbox"/> Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>					
<input type="checkbox"/> Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>					
<input checked="" type="checkbox"/> You are not programmatically eligible for child care services because: <u>You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you are no longer eligible for this program because your household no longer meets the eligibility criteria for Cash Assistance. To be eligible for CILOCA you must first be eligible for Cash Assistance. You are no longer eligible for Cash Assistance because you failed to comply with the Bureau of Eligibility Verification.</u>					
<input type="checkbox"/> You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____ _____ _____					
<input type="checkbox"/> Other _____ _____ _____					
The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____					
18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii).					

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

CLIENT/FAIR HEARINGS COPY

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE: CASE NUMBER	EFFECTIVE DATE CIN NUMBER	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP 212-331-4893		
		OR Agency Conference 212-331-7073	Fair Hearing information and assistance 800-342-3334	
		Record Access 718-722-5012		
		Legal Assistance information 311		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
This notice is to inform you that your case will be closed _____ You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____				
Comments:				
The reason for this action is:				
<input type="checkbox"/> Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____. (Please see the attached addendum for additional information)				
<input type="checkbox"/> Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. (Please see the attached addendum for additional information)				
<input checked="" type="checkbox"/> You are not programmatically eligible for child care services because: You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you are no longer eligible for this program because your household no longer meets the eligibility criteria for Cash Assistance. To be eligible for CILOCA you must first be eligible for Cash Assistance. You are no longer eligible for Cash Assistance because you failed to cooperate with the Bureau of Eligibility Verification.				
<input type="checkbox"/> You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____ _____ _____				
<input type="checkbox"/> Other _____ _____ _____				
The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____ 18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii).				

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

CLIENT/FAIR HEARINGS COPY

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN NUMBER	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
		212-331-4893		
		OR Agency Conference	212-331-7073	
		Fair Hearing information and assistance	800-342-3334	
		Record Access	718-722-5012	
		Legal Assistance information	311	
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	WORKER TELEPHONE NO.
This notice is to inform you that your case will be closed _____.				
You will no longer be receiving child care benefits beginning on _____.				
Comments:				
The reason for this action is:				
<input type="checkbox"/> Your family's gross income exceeds 200% of the State Income Standard, which is the maximum income allowed by New York State regulation to be eligible for child care subsidy. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly income of \$ _____ for a family size of _____. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>				
<input type="checkbox"/> Due to insufficient funding, the district is closing cases at or above _____ % of the State Income Standard. Your family's monthly gross income of \$ _____ exceeds the maximum monthly gross income of \$ _____ for your family size. Also, your family does not meet the eligibility criteria for a child care guarantee designation. <i>(Please see the attached addendum for additional information)</i>				
<input checked="" type="checkbox"/> You are not programmatically eligible for child care services because: <u>You were in receipt of "Child Care in Lieu of Cash Assistance" and you are no longer eligible for this program because your household no longer meets the eligibility criteria for Cash Assistance. To be eligible for CILOCA you must first be eligible for Cash Assistance. You are no longer eligible for Cash Assistance because you or another individual in your household 18 years of age or older failed to comply with the finger imaging requirement.</u>				
<input type="checkbox"/> You did not provide the following documentation or the following documentation was not adequate: _____ _____ _____				
<input type="checkbox"/> Other _____ _____ _____				
The LAW(S) AND/OR REGULATION(S) that allows us to do this is: _____				
18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii).				

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

CLIENT/FAIR HEARINGS COPY

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Requesting an agency conference does not affect your right to also request a fair hearing. Read below for fair hearing information.**

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- (1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL) **1-800-342-3334. OR**
- (2) **Writing:** Complete the information below, sign and mail to the New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Please keep a copy for yourself. OR**
- (3) **FAX:** Complete the information, sign and fax both sides of this form for your fair hearing request to (518) 473-6735. **OR**
- (4) **Online:** To send your fair hearing request online, go to <http://www.otda.ny.gov/oah>, click on the links to request a fair hearing using the online form, and follow the instructions to complete and submit the form online.

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, pay-stubs, receipts, child care bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

Check One:

KEEP MY CHILD CARE BENEFITS THE SAME. If you request a fair hearing before your benefits end, your child care benefits will be reinstated and will be unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, you will owe any child care benefits that you should not have received. We are required to recover any child care overpayments. We must make a claim against you for any child care benefits you receive that you were not entitled to, which may be collected by reduction of future child care allotments, lump sum installment payments, or through legal action. If you want to avoid this possibility you can check the box below. You can also indicate over the telephone or in a letter that you do not want reinstatement of your child care benefits.

I do not want my child care benefits continued until the hearing decision is issued.

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 your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice

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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you may need to prepare for your fair hearing. 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 us at the telephone numbers listed at the top of page one of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name: _____
Address: _____

District: _____
Case Number: _____
Telephone: _____

**ADDENDUM TO NOTICE OF INTENT
TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS-FINANCIAL ELIGIBILITY CALCULATION**

Effective Date: _____

Case Name: _____ Case Number: _____

We have determined that you are no longer eligible for child care benefits. Your family's monthly gross income is \$ _____.

This exceeds the maximum monthly gross income standard of \$ _____ for a family size of _____.

Please check the information below. If there is a mistake contact your caseworker listed on page one of this notice. If there is a mistake, it could mean that the decision made about your benefits is not correct.

There is a child with special needs residing in your household. Yes No **If you have a child with special needs, that needs child care, you may have received this notice in error. Contact your caseworker listed on page one of this notice to determine if your case was closed in error.**

Your family's monthly gross income was determined from the following sources:		
<input type="checkbox"/>	Wages or salary (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) before taxes in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Social Security (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	Child Support (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) in the amount of:	\$ _____ per month.
<input type="checkbox"/>	*Other income not listed above as defined in New York State regulation 18 NYCRR §404.5(b)(5) in the amount of:	\$ _____ per month.
	Your family's total monthly gross income:	\$ _____ per month.

The following information is an explanation of how your eligibility for child care benefits was determined. To determine eligibility for child care benefits, your family's monthly gross income for your family size was compared to the Social Service District's (SSD) priority level for the monthly income standard. For a family to be eligible for child care benefits, a family must make less than the Monthly Income Standard amount listed below for their family size. Below are the Monthly Income Standards used by the district to determine your eligibility for child care benefits.

Family Size	SSD's Priority level = _____% Monthly Income Standard
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

For families with more than 8 persons, add \$ _____ for each additional person.

Your family's monthly gross income is \$ _____ for a family size of _____.

This exceeds the maximum income of \$ _____.

*Other income not listed above and defined in New York State regulation 18NYCRR 404.5(b)(5) are defined as but not limited to the following: net income for non-farm self-employment, i.e. gross receipts minus expenses from one's own business, professional enterprise or partnership; or net income from farm self-employment, i.e. gross receipts minus operation expenses from the operation of a firm by a person on his own account, as owner, renter or sharecropper; or dividends, interest (on savings or bonds) income from estates or trusts, net rental income or royalties, public assistance (PA) or welfare payments include PA payments such as PA, SSI and home relief; or pensions and annuities include pensions or retirement benefits paid to a retired person or his survivors; or unemployment compensation, workers' compensation; or alimony; or veterans' pensions.

In addition to the citations listed on the attached notice refer to the district's Child and Family Services Plan, at <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> for additional information on how the district closes cases in the event that there are insufficient funds to provide child care benefits to all eligible families and the order in which they will open new cases should funding become available.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN		
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				
			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
			<input type="checkbox"/> Conferencia con la Agencia _____ Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales _____ Acceso a Registros _____ Información sobre Asistencia Legal _____	

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____, el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: _____

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedir las con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

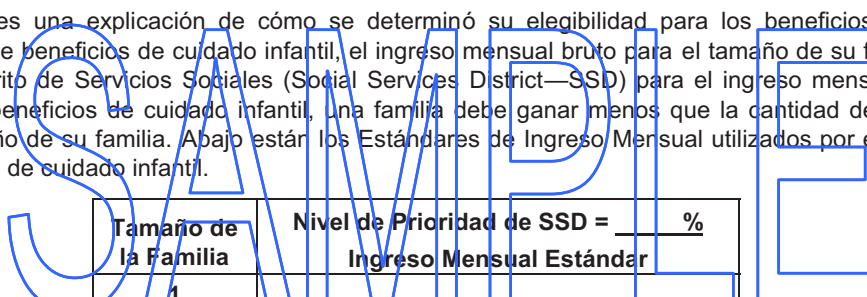
\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.



Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				
			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u> Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u> Acceso a Registros <u>718-722-5012</u> Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>	

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo", pero ya no reúne los requisitos de elegibilidad para este programa porque según la información proporcionada a esta agencia, usted es padre/madre soltero(a) que gana menos del salario mínimo estatal de \$7.25 la hora de un trabajo exento del requisito del salario mínimo pero no está trabajando por lo menos 17.5 horas semanales.

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii).

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				
			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u> Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u> Acceso a Registros <u>718-722-5012</u> Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>	

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo", pero ya no reúne los requisitos de elegibilidad para este programa porque según la información proporcionada a esta agencia, es padre/madre soltero(a) empleado(a) en un trabajo no exento del requisito del salario mínimo o trabaja por cuenta propia pero no gana por lo menos \$7.25 la hora, o por lo menos \$127 a la semana, o por lo menos \$550 al mes.

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 NY Social Services Law § 410-w(4); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii);

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRICTAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				
			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			O Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u>	
			Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u>	
			Acceso a Registros <u>718-722-5012</u>	
		Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>		

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo", pero ya no reúne los requisitos de elegibilidad para este programa porque según la información proporcionada a esta proporcionada a esta agencia, usted es parte de un hogar de un padre y una madre y ambos son empleados en trabajos exentos del requisito del salario mínimo pero no están trabajando por lo menos un total combinado de 25 horas semanales.

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES. Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.

No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRICTAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				
			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			O Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u>	
			Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u>	
			Acceso a Registros <u>718-722-5012</u>	
		Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>		

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo", pero ya no reúne los requisitos de elegibilidad para este programa porque según la información proporcionada a esta agencia, usted es parte de un hogar de un padre y una madre y no probó que uno de los/las padres/madres gana el salario mínimo y gana un mínimo de \$127 a la semana o \$550 al mes y que el otro(a) padre/madre tiene un trabajo exento del salario mínimo y trabaja un mínimo de 7.50 horas semanales.

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(i).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u> Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u> Acceso a Registros <u>718-722-5012</u> Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>	

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo", pero ya no reúne los requisitos de elegibilidad para este programa porque según la información proporcionada a esta agencia, usted es parte de un hogar de un padre y una madre y no probó que ambos padres ganen el salario mínimo Estatal de \$7.25 la hora o trabajen por cuenta propia y ganen por lo menos un total de \$181 a la semana, o por lo menos un total de \$784 al mes.

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 NY Social Services Law § 410-w(4)(a); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				
			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			O Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u>	
			Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u>	
			Acceso a Registros <u>718-722-5012</u>	
		Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>		

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y ya no es elegible porque no cumplió una cita obligatoria para evaluar su elegibilidad continua para Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA) el _____.

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 18 NYCRR § 350.3(c).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u> Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u> Acceso a Registros <u>718-722-5012</u> Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>	

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo", pero ya no reúne los criterios de elegibilidad para este programa, porque según la información proporcionada por usted a esta agencia, sus ingresos/recursos exceden el límite de elegibilidad de Asistencia en Efectivo.

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 NY Social Services Law 410-w(4)(a); 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(ii).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Distrito: _____

Dirección: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u> Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u> Acceso a Registros <u>718-722-5012</u> Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>	

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y ya no reúne los requisitos de elegibilidad para este programa porque no presentó la documentación listada más abajo para probar su elegibilidad continua para Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA).

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 18 NYCRR § 350.3(c).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Distrito: _____

Dirección: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:	FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038
NÚMERO DE CASO	NÚMERO CIN	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN		
		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>
		<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u>
		Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u>
		Acceso a Registros <u>718-722-5012</u>
		Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo (CILOCA)", pero ya no es elegible para este programa debido a que por lo menos el/la padre/madre no reúne los requisitos de elegibilidad de CILOCA para extranjeros.

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 18 NYCRR § 349.3

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Distrito: _____

Dirección: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u> Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u> Acceso a Registros <u>718-722-5012</u> Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>	

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo", y ya no es elegible para este programa porque el menor de sus hijos tiene más de 13 años de edad.

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 18 NYCRR § 415.2(a)(1)(iii).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				
			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u> Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u>	
			Acceso a Registros <u>718-722-5012</u>	
			Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>	

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y ya no es elegible para este programa porque su hogar ya no reúne los requisitos de elegibilidad para Asistencia en Efectivo. Para ser elegible para CILOCA, primero se debe ser elegible para Asistencia en Efectivo. Usted ya no es elegible para Asistencia en Efectivo porque no cumplió con la Oficina de Verificación de Elegibilidad (Bureau of Eligibility Verification).

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN		NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u> Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u>	
				Acceso a Registros <u>718-722-5012</u>	
				Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>	
NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)	

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y ya no es elegible para este programa porque su hogar ya no reúne los requisitos de elegibilidad para Asistencia en Efectivo. Para ser elegible para CILOCA, primero se debe ser elegible para Asistencia en Efectivo. Usted ya no es elegible para Asistencia en Efectivo porque no cooperó con la Oficina de Verificación de Elegibilidad (Bureau of Eligibility Verification).

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii).

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA EFECTIVA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN	NYC HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION CHILD CARE REVIEW TEAM 180 WATER ST, 21ST FLOOR, CUBICLE 85 NEW YORK, NY 10038	
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				
			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-331-4893</u>	
			<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia <u>212-331-7073</u> Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales <u>800-342-3334</u>	
			Acceso a Registros <u>718-722-5012</u>	
			Información sobre Asistencia Legal <u>311</u>	

NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)
-----------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Esta notificación es para informarle que su caso se cerrará el _____ .
 Dejará de recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____ .

Comentarios:

La razón de esta acción es:

Su ingreso mensual bruto de \$ _____ para una familia de _____ excede el 200% del Nivel de Ingreso Estatal Estándar de \$ _____ , el que es el ingreso máximo mensual bruto permitido por la regulación del estado para ser elegible para el subsidio de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Debido a fondos insuficientes, el distrito está cerrando casos al o por encima del _____ % del Nivel de Ingreso Estatal Estándar.
 El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso máximo mensual bruto de para el \$ _____ tamaño de su familia. También, su familia no satisface el criterio para una designación garantizada de cuidado infantil. *(Vea el anexo adjunto para más información)*

Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: Usted estaba recibiendo "Cuidado Infantil en Lugar de Asistencia en Efectivo" y ya no es elegible para este programa porque su hogar ya no reúne los requisitos de elegibilidad para Asistencia en Efectivo. Para ser elegible para CILOCA, primero se debe ser elegible para Asistencia en Efectivo. Usted ya no es elegible para Asistencia en Efectivo porque usted u otra persona en su hogar con 18 años de edad o más no cumplió con el requisito de impresiones dactilares.

Usted no proveyó la siguiente documentación o la siguiente documentación no fue adecuada: _____

Otro: _____

La(s) LEY/LEYES Y/O LA(S) REGULACION/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son: _____
 18 NYCRR 415.2(a)(1)(ii).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION.
 ASEGURESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar esta(s) acción/acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible. Si en la conferencia descubrimos que emitimos una decisión incorrecta o errónea; o si debido a la información que usted provea determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Este número se lo utiliza solamente para pedir una conferencia. **Esta no es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios continúen sin cambio alguno (ayuda continua) hasta recibir la decisión emitida en la audiencia, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de beneficios. El solicitar una conferencia con la agencia no afecta su derecho de también solicitar una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre una audiencia imparcial.**

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted considera que la acción anterior es errónea o incorrecta, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

- (1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME) **1-800-342-3334. O**
- (2) **Escribiendo:** Complete la información de abajo, firme y envíela por correo a la New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. **Por favor guarde una copia para usted. O**
- (3) **Por facsímil:** Complete la información, firme y envíe ambos lados de este formulario para solicitar una audiencia imparcial al **(518) 473-6735. O**
- (4) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <http://www.otda.ny.gov/oah>, y haga un clic en los enlaces que solicitan una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

Marque Uno:

- MANTENGA MIS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL IGUALES.** Si solicita una audiencia imparcial antes de que terminen sus beneficios, sus beneficios de cuidado infantil serán restituidos y no cambiarán hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, usted deberá por cualesquier beneficios de cuidado infantil que usted no debería haber recibido. Se nos requiere recobrar cualesquier sobrepagos de cuidado infantil. Nosotros debemos hacer una demanda contra usted por cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido al que usted no tenía derecho, el que puede cobrarse reduciendo las asignaciones futuras de cuidado infantil, pagos de sumas globales o acción legal. Si usted desea evitar esta posibilidad, debe marcar la casilla de abajo. Usted también puede indicar por teléfono o en una carta de que usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil sean restituidos.
- No deseo que mis beneficios de cuidado infantil continúen hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.**

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía buscando en las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si usted desea copias de algunos documentos de su archivo/registro, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro, o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. (Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito).

Nombre: _____

Dirección: _____

Distrito: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: _____

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es:

\$ _____ Esto excede el ingreso mensual bruto máximo estándar de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

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

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

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o Salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
	El ingreso total mensual bruto de su familia:	\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su elegibilidad para los beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad de beneficios de cuidado infantil, el ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el nivel de prioridad del Distrito de Servicios Sociales (Social Services District—SSD) para el ingreso mensual estándar. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, una familia debe ganar menos que la cantidad de Ingreso Mensual Estándar listada abajo para el tamaño de su familia. Abajo están los Estándares de Ingreso Mensual utilizados por el distrito para determinar su elegibilidad para beneficios de cuidado infantil.

Tamaño de la Familia	Nivel de Prioridad de SSD = _____ % Ingreso Mensual Estándar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

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

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

*Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del Estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto para empleo propio no agrícola. Por ejemplo recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por empleo propio agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una firma por una persona en su propia cuenta, como propietario(a), inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social, incluyendo pagos de PA tales como SSI y relevo en el hogar; o pensiones y anualidades, incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes; o compensación for desempleo, compensación del trabajador(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

Además de las citaciones listadas en la notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias del distrito en <http://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional sobre cómo el distrito cierra casos en el caso de que hay fondos insuficientes para proveer beneficios de cuidado infantil a todas las familias elegibles y el orden en el que ellos abrirán nuevos casos si existiera la disponibilidad de fondos.