

STAN NOWY JORK

URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

ODMOWA PRZYJĘCIA WNIOSKU O PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU OPIEKI NAD DZIECKIEM

DATA POWIADOMIENIA / /		NAZWA I ADRES INSTYTUCJI/OŚRODKA LUB BIURA OKRĘGOWEGO		
NUMER SPRAWY		NUMER CIN		
NUMER SPRAWY (oraz nazwisko ew. odbiorcy) I ADRES				
		OGÓLNY NUMER TELEFONU W RAZIE PYTAŃ LUB POTRZEBY UZYSKANIA POMOCY		
		LUB Nieformalne spotkanie Informacje dotyczące bezstronnego przesłuchania wyjaśniającego i pomoc 1-800-342-3334 Dostęp do akt Informacja o pomocy		
NUMER BIURA	NUMER JEDNOSTKI	NUMER PRACOWNIKA	NAZWA JEDNOSTKI LUB NAZWISKO PRACOWNIKA	NUMER TELEFONU PRACOWNIKA () -
Pana/Pani wniosek z dnia ____ / ____ / ____ o przyznanie świadczeń z tytułu opieki nad dzieckiem został odrzucony , a powody odrzucenia wniosku zostały wyjaśnione poniżej.				
Uwagi: _____				
PRZYŚLUGUJE PANU/PANI PRAWO DO NIEFORMALNEGO SPOTKANIA I/LUB WYŚLUCHANIA W CELU ODWOŁANIA SIĘ OD TEJ DECYZJI. INFORMACJE DOTYCZĄCE SPOSOBU WYSTĄPIENIA O NIEFORMALNE SPOTKANIE I/LUB WYŚLUCHANIE W CELU ODWOŁANIA SIĘ OD TEJ DECYZJI ZNAJDUJĄ SIĘ NA ODWROTCIE NINIEJSZEGO POWIADOMIENIA.				
Nie kwalifikuje się Pan/Pani do otrzymywania świadczeń, ponieważ:				
<input type="checkbox"/> Dochód brutto Pana/Pani rodziny przekracza 300% stanowego standardowego dochodu lub 85% stanowego średniego dochodu, co stanowi maksymalny dochód dopuszczalny na mocy regulacji obowiązujących w stanie Nowy Jork, kwalifikujący do otrzymywania pomocy z tytułu opieki nad dzieckiem. Miesięczny dochód brutto Pana/Pani rodziny w wysokości ____ USD przekracza maksymalny miesięczny dochód w wysokości ____ USD dla rodziny składającej się z ____ osób.				
*(Dodatkowe informacje znajdują się w załączonym uzupełnieniu).				
<input type="checkbox"/> Nie otrzymaliśmy następujących dokumentów: _____				
<input type="checkbox"/> Nie kwalifikuje się Pan/Pani programowo do pomocy z tytułu opieki nad dzieckiem, ponieważ: _____				
<input type="checkbox"/> Z uwagi na niewystarczające środki finansowe okręg nie otwiera obecnie kolejnych spraw. _____				
<input type="checkbox"/> Inne: _____				
PRZEPISY I/LUB REGULACJE, które nam to umożliwiają: _____				

KOPIA DLA KLIENTA / DO CELÓW BEZSTRONNEGO PRZESŁUCHANIA WYJAŚNIAJĄCEGO

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z decyzją lokalnego wydziału usług społecznych, może Pan/Pani wystąpić o nieformalne spotkanie lub bezstronne przesłuchanie wyjaśniające.

1. **NIEFORMALNE SPOTKANIE:** Przysługuje Panu/Pani prawo do nieformalnego spotkania z lokalnym wydziałem usług społecznych w celu zweryfikowania ustaleń. Jeżeli jest Pan/Pani zainteresowany(-a) nieformalnym spotkaniem, należy wystąpić o nie JAK NAJSZYBCIEJ, ponieważ rezultat spotkania może mieć wpływ na Pana/Pani decyzję dotyczącą wystąpienia o bezstronne przesłuchanie wyjaśniające. Podczas nieformalnego spotkania może Pan/Pani przedstawić informacje w celu wykazania, dlaczego Pana/Pani zdaniem działania podjęte przez instytucję są błędne.

Może Pan/Pani wystąpić o nieformalne spotkanie w następujący sposób:

(1) **Telefonicznie:** () – (PODCZAS ROZMOWY NALEŻY MIEĆ NINIEJSZE ZAWIADOMIENIE PRZY SOBIE).

(2) **Pisemnie:** Prosimy zaznaczyć poniższe pole i adresata _____
Należy zachować kopię dla siebie.

Wnoszę o nieformalne spotkanie. Nie zgadzam się z działaniami instytucji. Może Pan/Pani wyjaśnić na oddzielnym arkuszu, dlaczego się Pan/Pani nie zgadza, ale nie musi Pan/Pani dołączać pisemnego wyjaśnienia.

2. **BEZSTRONNE PRZESŁUCHANIE WYJAŚNIAJĄCE:** Przysługuje Panu/Pani prawo do bezstronnego przesłuchania wyjaśniającego w celu odwołania się od ustaleń lokalnego wydziału usług społecznych. Jeżeli jest Pan/Pani zainteresowany(-a) bezstronnym przesłuchaniem wyjaśniającym, na złożenie wniosku ma Pan/Pani 60 DNI od DATY ZAWIADOMIENIA podanej na pierwszej stronie. Może Pan/Pani wystąpić o bezstronne przesłuchanie wyjaśniające bez wnioskowania o nieformalne spotkanie.

Może Pan/Pani wystąpić o bezstronne przesłuchanie wyjaśniające w następujący sposób:

(1) **Telefonicznie: 1-800-342-3334** (PODCZAS ROZMOWY NALEŻY MIEĆ NINIEJSZE ZAWIADOMIENIE PRZY SOBIE).

(2) **Przez Internet:** Aby wysłać wniosek o bezstronne przesłuchanie wyjaśniające w Internecie, należy odwiedzić stronę <https://otda.ny.gov/hearings/>, kliknąć łącze wniosku o bezstronne przesłuchanie wyjaśniające z poziomu formularza online oraz postępować zgodnie z instrukcjami, aby wypełnić i wysłać formularz online.

(3) **Pisemnie:** Należy zaznaczyć właściwe pole, wypełnić poniższe informacje i wysłać wniosek na adres: New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. Należy zachować kopię dla siebie.

(4) **Faks:** Należy zaznaczyć właściwe pole, wypełnić poniższe informacje i przesłać faksem obie strony tego formularza pod numer (518) 473-6735.

Wnoszę o bezstronne przesłuchanie wyjaśniające. Nie zgadzam się z działaniami instytucji. Może Pan/Pani wyjaśnić na oddzielnym arkuszu, dlaczego się Pan/Pani nie zgadza, ale nie musi Pan/Pani dołączać pisemnego wyjaśnienia.

Imię i nazwisko:	_____	Okręg:	_____
Adres:	_____	Numer sprawy:	_____
	_____	Numer telefonu:	() – _____

W przypadku złożenia wniosku o bezstronne przesłuchanie wyjaśniające władze stanowe prześlą zawiadomienie informujące o godzinie i miejscu przesłuchania. Ma Pan/Pani prawo być reprezentowany(-a) przez adwokata, krewnego, przyjaciela lub inną osobę, a także do samodzielnej reprezentacji. Podczas przesłuchania adwokat lub inny przedstawiciel będzie miał możliwość przedstawienia pisemnych lub ustnych dowodów wyjaśniających, dlatego dane działanie nie powinno zostać podjęte, a także możliwość zadania pytań wszelkim osobom, które pojawią się na przesłuchaniu. Ma Pan/Pani również prawo przyprowadzić świadków, którzy będą świadczyć na Pana/Pani korzyść. Na przesłuchanie należy zabrać wszelkie dokumenty, takie jak niniejsze zawiadomienie, odcinki wynagrodzenia, rachunki, rachunki medyczne, rachunki za ogrzewanie, weryfikację medyczną, pisma itp., które mogą być przydatne podczas przedstawiania sprawy.

POMOC PRAWNA: Jeśli potrzebuje Pan/Pani bezpłatnej pomocy prawnej, prosimy skontaktować się z lokalnym biurem Legal Aid Society (Towarzystwa Pomocy Prawnej) lub innej grupy prawników. Najbliższe biuro Legal Aid Society lub grupę prawników można znaleźć w książce telefonicznej Yellow Pages w części „Lawyers” (Prawnicy) bądź uzyskać pod numerem wskazanym na pierwszej stronie niniejszego zawiadomienia.

DOSTĘP DO AKT I KOPII DOKUMENTÓW: Ma Pan/Pani prawo do wglądu w swoje akta w celu przygotowania się do przesłuchania wyjaśniającego. W odpowiedzi na wniosek złożony telefonicznie pisemnie lub faksem bezpłatnie dostarczymy kopie dokumentów z Pana/Pani akt, które prześlemy urzędnikowi przeprowadzającemu bezstronne przesłuchanie wyjaśniające. Aby poprosić o dokumenty lub dowiedzieć się, jak uzyskać wgląd w swoje akta, należy zadzwonić pod numer telefonu Record Access (dostępu do dokumentów) podany na górze strony tytułowej niniejszego zawiadomienia lub napisać do nas na adres podany na górze strony tytułowej niniejszego zawiadomienia. Ponadto na wniosek złożony telefonicznie, pisemnie lub faksem bezpłatnie dostarczymy kopie innych dokumentów z Pana/Pani akt, które według mogą być Panu/Pani potrzebne do przygotowania się do bezstronnego przesłuchania wyjaśniającego. Jeśli potrzebuje Pan/Pani kopii dokumentów ze swoich akt, należy się po nie zgłosić z odpowiednim wyprzedzeniem. Zostaną one Panu/Pani przekazane w odpowiednim czasie przed datą przesłuchania. Dokumenty zostaną przesłane pocztą **wyłącznie** na Pana/Pani wyraźną prośbę o ich przesłanie.

INFORMACJE: Jeśli potrzebuje Pan/Pani dodatkowych informacji na temat swojej sprawy, sposobu złożenia wniosku o nieformalne spotkanie lub bezstronne przesłuchanie wyjaśniające, uzyskania wglądu w akta lub dodatkowych kopii dokumentów, prosimy skontaktować się z nami pod numerami telefonów podanymi na górze strony tytułowej niniejszego zawiadomienia lub napisać do nas na adres podany na górze strony tytułowej niniejszego zawiadomienia.

URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
**UZUPEŁNIENIE DO ODMOWY PRZYJĘCIA WNIOSKU O PRZYZNANIE ŚWIADCZEŃ
 Z TYTUŁU OPIEKI NAD DZIECKIEM / WYLICZENIA KWALIFIKACJI FINANSOWEJ**

Data wejścia w życie: / / _____

Nazwa sprawy: _____

Numer sprawy: _____

Ustaliliśmy, że nie kwalifikuje się Pan/Pani do otrzymania świadczeń z tytułu opieki nad dzieckiem. Miesięczny dochód brutto Pana/Pani rodziny w USD wynosi _____

Dochód ten przekracza 300% stanowego standardowego dochodu lub 85% stanowego średniego dochodu, co stanowi maksymalny dochód dopuszczalny dla wstępnej kwalifikacji, w wysokości _____ USD dla rodziny złożonej z _____ osób.

Prosimy zaznaczyć poniższe informacje. Jeżeli wystąpił błąd, prosimy skontaktować się z pracownikiem prowadzącym sprawę, wskazanym na pierwszej stronie niniejszego zawiadomienia. Jeżeli wystąpił błąd, może to oznaczać, że decyzja podjęta w sprawie Pana/Pani świadczeń jest błędna.

W Pana/Pani gospodarstwie domowym mieszka dziecko o specjalnych potrzebach. Tak Nie **Jeżeli ma Pan/Pani dziecko o specjalnych potrzebach, które potrzebuje opieki, być może otrzymał(a) Pan/Pani niniejsze zawiadomienie wskutek pomyłki. Prosimy skontaktować się z pracownikiem prowadzącym sprawę, wskazanym na stronie pierwszej niniejszego zawiadomienia, aby ustalić, czy odmowa przyznania świadczeń z tytułu opieki nad dzieckiem została wydana omyłkowo.**

Miesięczny dochód brutto Pana/Pani rodziny został ustalony na podstawie następujących źródeł:			
<input type="checkbox"/>	Wynagrodzenie lub uposażenie (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) przed opodatkowaniem w wysokości:	USD	miesięcznie.
<input type="checkbox"/>	Ubezpieczenie społeczne (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) w wysokości:	USD	miesięcznie.
<input type="checkbox"/>	Alimenty na dziecko (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) w wysokości:	USD	miesięcznie.
	* Inny dochód niewskazany powyżej, według definicji określonych w regulacjach stanu Nowy Jork		
<input type="checkbox"/>	18 NYCRR §404.5(b)(5) w wysokości:	USD	miesięcznie.
	Całkowity miesięczny dochód brutto Pana/Pani rodziny:	USD	miesięcznie.

Poniżej podano normy dochodu miesięcznego stosowane przez okręg do ustalenia kwalifikacji do otrzymywania świadczeń z tytułu opieki nad dzieckiem. W celu ustalenia kwalifikacji do otrzymywania świadczeń z tytułu opieki nad dzieckiem miesięczny dochód brutto Pana/Pani rodziny został porównany do 300% miesięcznego stanowego standardowego dochodu i 85% stanowego średniego dochodu. Aby rodzina kwalifikowała się do otrzymywania świadczeń z tytułu opieki nad dzieckiem, dochód rodziny nie może przekraczać miesięcznego stanowego standardowego dochodu i stanowego średniego dochodu, wskazanego poniżej, dla rodziny o danej wielkości.

Liczba osób w rodzinie	300% miesięcznego stanowego standardowego dochodu	85% miesięcznego stanowego średniego dochodu
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

W przypadku rodzin składających się z ponad 8 osób należy dodać _____ USD za każdą dodatkową osobę.

Miesięczny dochód brutto Pana/Pani rodziny wynosi _____ USD dla rodziny składającej się z _____ osób. Kwota ta przekracza maksymalny pułap na poziomie _____ USD.

**Inny dochód niewskazany powyżej i zdefiniowany w regulacjach stanu Nowy Jork 18 NYCRR 404.5(b)(5) określa się jako między innymi: dochód netto z tytułu samozatrudnienia poza sektorem rolniczym, tj. przychody brutto minus koszty z własnej działalności, profesjonalnej firmy lub spółki bądź dochód netto z tytułu samozatrudnienia w sektorze rolniczym, tj. przychody brutto minus koszty z działalności gospodarstwa rolnego uzyskiwane przez daną osobę na jej rachunek, jako właściciela, dzierżawcę lub połownika; lub dywidendy, dochód z tytułu odsetek (od oszczędności lub obligacji) z nieruchomości lub funduszy powierniczych, dochód netto z tytułu wynajmu lub opłat licencyjnych; płatności z tytułu pomocy publicznej (PA) lub zabezpieczeń (w tym płatności PA typu PA, SSI i ulga mieszkaniowa); świadczenia emerytalne i rentowe (w tym świadczenia emerytalne wypłacane dla osoby będącej na emeryturze lub jej spadkobierców); bądź zasiłek dla bezrobotnych, odszkodowania pracownicze; alimenty; lub świadczenia dla weteranów.*

Dodatkowo do źródeł wskazanych w niniejszym zawiadomieniu należy zapoznać się z okręgowym Planem Usług dla Dzieci i Rodzin (Child and Family Services Plan) na stronie <https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> w celu uzyskania dodatkowych informacji.