

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN / /			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 1-800-342-3334		
			Acceso a Registros		
			Información sobre Asistencia Legal		
NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A)	TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A) () -	
Su solicitud fechada el / / para beneficios de cuidado infantil ha sido denegada , y la(s) razón/razones por las que su solicitud ha sido denegada se explica(n) abajo.					
Comentarios: _____					
USTED TIENE EL DERECHO A UNA CONFERENCIA Y/O AUDIENCIA IMPARCIAL PARA APELAR ESTA DECISIÓN. LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE CÓMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA Y/O AUDIENCIA PARA APELAR ESTA DECISIÓN.					
Usted no es elegible para recibir beneficios debido a que:					
<input type="checkbox"/> El ingreso bruto de su familia excede el 300% del ingreso estatal estándar o el 85% del ingreso estatal medio, el que es el ingreso máximo permitido por el reglamento del estado de Nueva York para ser elegible para la asistencia de cuidado infantil. El ingreso bruto mensual de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.					
*(Por favor vea al anexo adjunto para información adicional).					
<input type="checkbox"/> Usted no ha proporcionado los siguientes documentos: _____					
<input type="checkbox"/> Usted no es elegible bajo el programa de servicios de cuidado infantil porque: _____					
<input type="checkbox"/> Debido a insuficientes fondos, el distrito no está abriendo casos en este momento: _____					
<input type="checkbox"/> Otro: _____					
La(s) LEY(ES) Y/O REGULACION(ES) que permite(n) hacer esto es/son: _____					

Si usted está en desacuerdo con la decisión del departamento local de servicios sociales, usted puede solicitar una conferencia y/o una audiencia imparcial.

1. **CONFERENCIA:** Usted tiene el derecho de solicitar una conferencia a su departamento de servicios sociales para revisar la determinación. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una lo más pronto posible, porque el resultado de la conferencia puede que impacte su decisión de solicitar una audiencia imparcial. En la conferencia, usted puede presentar información para demostrar por qué cree que la acción de la agencia no es correcta.

Usted puede solicitar una conferencia:

(1) **Llamando al:** () - (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME).

(2) **Escribiendo:** Marque la casilla de abajo y envíe a _____

Por favor guarde una copia para usted.

Yo deseo una conferencia. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. Usted puede explicar en un documento separado por qué está en desacuerdo debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito.

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL:** Usted tiene el derecho a una audiencia imparcial para apelar la determinación del departamento local de servicios sociales. Si desea una audiencia imparcial, usted tiene 60 DÍAS desde la FECHA DE LA NOTIFICACION, localizada en la primera página, para hacer una solicitud. Usted puede solicitar una audiencia imparcial sin solicitar una conferencia.

Usted puede solicitar una audiencia imparcial:

(1) **Llamando por teléfono: 1-800-342-3334** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME).

(2) **En línea:** Para enviar su solicitud en línea, visite <https://otda.ny.gov/hearings/>, haga un clic en los enlaces para solicitar una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

(3) **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.

(4) **Por facsímil:** Marque la casilla y complete la información de abajo. Envíe ambos lados de este formulario a **(518) 473-6735**.

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 en un documento aparte, pero no tiene que incluir una explicación por escrito.

Nombre: _____

Distrito: _____

Dirección: _____

Número de Caso: _____

Teléfono: () - _____

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 línea o en las Páginas Amarilla o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" 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. También, si usted llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de otros documentos de su archivo los que puede que necesite para prepararse para su audiencia imparcial. 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 conferencia o 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.

ANEXO A LA DENEGACIÓN DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA 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 300% del ingreso estatal estándar o el 85% del ingreso estatal medio, el máximo ingreso mensual bruto para la elegibilidad inicial, de \$ _____ para un 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 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 por 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 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.

Abajo se indican los ingresos mensuales estándar utilizados por el distrito para determinar 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 300% del ingreso mensual estándar y el 85% del ingreso estatal medio. Para que una familia sea elegible para beneficios de cuidado infantil, el ingreso de una familia no debe exceder el ingreso estatal mensual estándar y el ingreso estatal mensual medio listado abajo para el tamaño de su familia.

Tamaño de la Familia	300 % Ingreso Estatal Mensual Estándar	85% del Ingreso Estatal Mensual Medio
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 de autoempleo no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto de autoempleo agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una granja por cuenta propia como propietario(a), inquilino(a) o aparcer(a); 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 PA, SSI y relevo en el hogar); pensiones y anualidades (incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes); o compensación por 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 <https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional.