

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**NOTIFICACIÓN DE SOBREPAGO DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL
Y REQUISITOS DE DEVOLUCIÓN**

FECHA DE NOTIFICACIÓN / /		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO		
NÚMERO DE CASO	NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O 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 OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO

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.

SECCIÓN I – NOTIFICACIÓN DE SOBREPAGO DE ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL

Usted recibió más beneficios de cuidado infantil (sobrepago) de _____ a _____.

La cantidad del sobrepago es de \$ _____.

La razón por la que ocurrió el sobrepago es:

Usted o alguien en su hogar no nos informó acerca de los cambios que afectan su elegibilidad o nivel de beneficios.

Nosotros le dimos, incorrectamente, más beneficios de los que le correspondían debido a: _____

Otro: _____

Explicación y cálculo del sobrepago: _____

Las regulaciones que nos permiten hacer esto son las 18 NYCRR 415.4(i) y (j).

SECCIÓN II – ACUERDO DEL PLAN DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS: NO COMPLETAR SI ESTÁ SOLICITANDO UNA CONFERENCIA O AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted está de acuerdo en que recibió un sobrepago, según se indica en la Sección I, se le requiere hacer una devolución total del sobrepago antes del: _____ / _____ / _____.

Por favor elija una opción de devolución de pagos abajo, firme y haga una copia para usted y devuelva a la dirección que aparece en la parte inferior de esta página.

Si usted no puede devolver el sobrepago, desea otro acuerdo o tiene preguntas, llame (_____) - _____.

Por favor seleccione una de las opciones del plan de devolución de pagos:

Pago familiar modificado - La recuperación de pagos saldrá de mis beneficios de cuidado infantil. Esta opción solo está disponible si todavía recibe beneficios de cuidado infantil. Yo pagaré \$ _____ por semana, además de mi aporte familiar de \$ _____ por semana.

Mi aporte familiar total ahora es \$ _____ por semana. Haré este pago cada semana al proveedor(a) de cuidado de mi hijo(a).

Mi primer pago es el _____ / _____ / _____. El departamento local de servicios sociales pagará al proveedor(a) \$ _____ por semana.

Pago a plazos. Pagaré semanalmente pagos de \$ _____ al departamento local de servicios sociales. Enviaré el pago a la dirección de abajo. Mi primer pago es pagadero el _____ / _____ / _____. El departamento local de servicios sociales pagará al proveedor(a) de cuidado \$ _____ por semana.

Pago total. Pagaré un pago de \$ _____ al departamento local de servicios sociales. Enviaré el pago a la dirección de abajo. Mi pago es pagadero el _____ / _____ / _____.

Yo estoy de acuerdo en pagar de esta forma. Comprendo que si no puedo pagar el monto acordado puntualmente mis beneficios de cuidado infantil serán suspendidos y/o se podrá iniciar una acción judicial para recuperar el sobrepago.

FIRMA	FECHA / /
-------	--------------

Devuelva este acuerdo de plan de pago a:

Devuelva el pago a:

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 a 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) Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <https://www.otda.ny.gov/oah>, y 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 debajo, 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 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. 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.