

紐約州
兒童與家庭服務辦公室
申請兒童照護福利拒絕通知

通知日期 / /		機構/中心或區辦事處的名稱與地址		
個案號碼	CIN 號碼			
個案名稱 (若有轉交人, 請同時註明該人姓名) 和地址				
			如有疑問或需要幫助, 請撥打通用電話號碼	
			或者 機構調解會	
			公平聽證會資訊與協助	1-800-342-3334
			記錄存取	
			法律協助資訊	
辦事處代碼	單位代碼	工作人員代碼	單位名稱或工作人員姓名	工作人員電話號碼 () -
您於此日期 (/ /) 提出的兒童照護福利申請已遭到 拒絕 , 您的申請遭到拒絕的原因如下所述。				
備註: _____				
<p>您有權透過調解會和/或聽證會對本決議進行上訴。 如需行使上訴權利並瞭解申請召開調解會和/或聽證會的相關資訊, 請閱讀本通知書的背面內容。</p>				
您沒有資格領取福利, 原因是:				
<input type="checkbox"/> 您家庭的總收入超過州收入標準的 300% 或州收入中值的 85%, 這是紐約州規定允許獲得兒童照護援助的最高收入。您家庭的每月總收入是 \$ _____, 超過最高的收入上限, 超出了 \$ _____ (按以下家庭人數: _____)。				
* (如需額外資訊, 請參閱附件的附錄。)				
<input type="checkbox"/> 您未向我們提供以下文件: _____				
<input type="checkbox"/> 在此計畫中, 您並不符合資格獲得兒童照護援助, 原因是: _____				
<input type="checkbox"/> 由於資金不足, 該地區目前沒有立案。_____				
<input type="checkbox"/> 其他: _____				
作出本決議所依據的法律和/或法規為: _____				

客戶/公平聽證會副本

若您不同意您的地方社會服務部門所做的決議，您可以要求召開調解會和/或公平聽證會。

1. **調解會**：您有權要求與您的當地社會服務部門舉行調解會以複審此項決定。若您想要召開調解會，則請「盡速」提出申請，因為調解會的結果可能會影響您申請召開公平聽證會的決定。您可在調解會上出示相關資訊，以說明您為何認定相關機構的行動不合理。

您可透過下列方式申請召開調解會：

(1) **致電**： () - (致電時請備妥本通知書。)

(2) **寫信**：請勾選以下方塊並郵寄到下列地址： _____

請自行保存一份副本。

本人想要申請召開調解會。本人不同意相關機構採取的行動。您可以隨附一份書面說明以詳細闡述不同意的原因，但我們不強制要求您提供書面說明。

2. **公平聽證會**：您有權召開公平聽證會，針對當地社會服務部門的裁決提出上訴。若您想要召開公平聽證會，可在本通知正面所列的通知日期起 60 日內提出申請。申請召開公平聽證會並不需要事先申請召開調解會。

您可透過下列方式申請召開公平聽證會：

(1) **致電**：1-800-342-3334 (致電時請備妥本通知書。)

(2) **線上**：若要在線上傳送公平聽證會申請，請前往 <https://otda.ny.gov/hearings/>，按一下連結，使用線上表格申請公平聽證會，然後遵照指示填妥並於線上提交表格。

(3) **寫信**：請勾選以下方塊並填妥相關資訊，然後寄至 New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930。請自行保存一份副本。

(4) **傳真**：請勾選以下方塊並填妥相關資訊，然後將本表格的兩面傳真至 (518) 473-6735。

本人想要申請召開公平聽證會。本人不同意相關機構採取的行動。您可以隨附一份書面說明以詳細闡述不同意的原因，但我們不強制要求您提供書面說明。

姓名： _____	地區： _____
地址： _____	個案號碼： _____
_____	電話號碼： () - _____

若您要求召開公平聽證會，則州政府將寄一份通知給您，通知您聽證會的時間與地點。您有權請律師、親屬、朋友或其他人代表您出庭，也可以親自出庭。在舉行聽證會時，您的律師或其他代表將有機會呈現書面和口頭證據以說明不應採取所述行動的理由，也有機會質詢出席聽證會的任何人士。此外，您還有權請對您有利的證人前來作證。出席聽證會時，請攜帶本通知書、薪資單、收據、托兒服務帳單、醫療證明、信函等等可能有助於您說明理由的所有文件。

法律協助：如果您需要免費的法律協助，您可以聯絡地方法律援助協會或其他倡導法律權益的團體以取得此類協助。只要查閱電話簿黃頁的「律師」(Lawyers) 欄，就能找到附近的法律援助協會或維權團體，或者也可撥打本通知書第一頁所列的電話號碼以進行查詢。

調閱檔案及文件副本：您有權調閱自己的個案檔案，以便為出席聽證會做好充足的準備。如果您來電或來函，我們會為您免費提供您檔案中的文件副本；在聽證會上，我們會將這些文件提交給公平聽證官。如需索取文件或瞭解如何調閱您的檔案，請致電本通知書頁面頂端所列的記錄調用電話號碼，或寫信至本通知書頁面頂端所列的地址。此外，如果您來電或來函，我們還會為您免費提供公平聽證會所需的其他文件副本。如果需要您個案檔案的文件副本，請提前索取。我們會在舉行聽證會之前的合理時間內提供這些文件給您。如果您指定透過郵寄方式接收文件，則只會將文件郵寄給您。

資訊：如果您想要深入瞭解您的個案、如何申請調解會或公平聽證會、如何調閱檔案或如何取得額外的文件副本，請撥打本通知書第一頁頂端所列的電話號碼或寫信至本通知書頁面頂端所列的地址。

拒絕兒童照護福利申請/財務資格計算的通知附錄

生效日期: _____ / _____ / _____
 個案名稱: _____
 個案號碼: _____

我們已判斷您不符合接受兒童照護福利的資格。您家庭的每月總收入是 \$ _____。

這超過州收入標準的 300% 或州收入中值的 85%，即初步申請資格的最高每月總收入為：\$ _____。

(按以下家庭人數：_____)。

請檢查以下資訊。若有錯誤，請聯絡列於本通知書上第一頁的個案人員。若有錯誤，這可能意味著有關您的福利的決定未必正確。

在您的居所內，居住了需要特別照顧的兒童。 是 否 如果您的子女為有特殊需求且需要健康照護之兒童，則您可能誤收到了這個通知。請聯絡列於本通知書上第一頁的個案人員，以確定您是否因錯誤而被拒絕兒童照護福利。

您的家庭每月總收入由以下來源判斷：		
<input type="checkbox"/>	於繳稅前，薪金或薪資 (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) 的金額為：	\$ _____ 每月。
<input type="checkbox"/>	社會保障 (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) 的金額為：	\$ _____ 每月。
<input type="checkbox"/>	兒童援助 (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) 的金額為：	\$ _____ 每月。
	*依據紐約州規定 18 NYCRR 404.5(b)(5) 未列於	
<input type="checkbox"/>	以上表格中的其他收入，金額為：	\$ _____ 每月。
	您的家庭每月總收入總額：	\$ _____ 每月。

為判斷您是否符合資格獲取兒童照護福利，以下是地區使用的每月收入標準。要判斷是否符合資格獲取兒童照護福利，會按照您家庭人數的家庭每月總收入，與每月州收入標準的 300% 及州收入中值的 85% 進行比較。對於有資格獲得兒童照護福利的家庭，家庭的收入金額不能超過下列按其家庭人數計算的每月州收入標準和每月州收入中值。

家庭人口	300% 每月州收入標準	85% 每月州收入中值
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

8 人以上的家庭，每多一人金額增加 \$ _____。

您家庭的每月總收入是 \$ _____ (按以下家庭人數：_____)。這超過最高上限，超出了 \$ _____。

*依據紐約州規定 18 NYCRR 404.5(b)(5) 未列於以上表格中的其他收入定義，但不限於：非農業自僱的淨收入，即來自個人自有營業、專業企業或合夥關係的總收入減去支出；或來自農業自僱的淨收入，即以個人名義（如老闆、租戶或佃農）來經營農場的總收入減去經營開支；或股息、來自房屋或信託基金的利息（存款或債券）收入、淨租金收入或版稅收入；公共援助 (Public Assistance, PA) 或福利支出（包括 PA、SSI 及家庭救濟等 PA 支出）；或養老金及年金（包括支付給退休人士或其遺族的的撫卹金或退休福利）；或失業救濟金、僱員補償金；贍養費；或退伍軍人養老金。

除了本通知書中列出的引述外，請參閱地區的兒童及家庭服務計畫以取得更多資訊，網址為：

<https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp>。