

紐約州

兒童與家庭服務辦事處 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

關於您的兒童照護福利資格重定的核准

通知日期	生效日期	機構/中心或區辦事處的名稱與地址	
個案號碼	CIN 號碼	通用電話號碼: 諮詢或求助	
個案名稱 (若有轉交人亦同時註明該人姓名) 和地址		或 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獲得核准。您已符合資格獲得兒童照護福利，所針對的兒童照護服務的提供日期 _____ 至 _____ (當您在 _____ 時。)

備註：

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

福利。 將代表以下人員提供付款：

兒童：	提供者：	金額：*	全職或兼職：

*付款額可能會視您所核准活動和/或缺勤而有所不同。

福利支付方式： 直接支付給您。 直接支付給您的提供者。
您的提供者必須向您的地方社會服務部門提交帳單和簽到表。

家庭分擔額。您須負責支付以下費用：

生效日期 _____，必須支付每週家庭分擔費用給 _____，以每週 \$ _____ 的金額。

生效日期 _____，必須支付額外家庭分擔費用給 _____，以每週 \$ _____ 的金額。

生效日期 _____，必須為兒童支付法院裁定之家庭分擔費用給 _____，以每週 \$ _____ 的金額 _____。

以下資訊會成為判斷您每週家庭分擔費用金額的原因。

家庭的總年收入 \$ _____
 扣除對應的 100% 每年州收入標準金額 (家庭人數為) _____ \$ _____
 剩餘收入 \$ _____
 剩餘收入 \$ _____ X 家庭分擔額 % _____ % = \$ _____
 \$ _____ / 52 週 = \$ _____ 每週家庭分擔額

所有家庭分擔費用均四捨五入至最接近的 \$0.50。家庭分擔費用最低要求金額為每週 \$1。對於領取臨時援助、無家可歸或領取寄養兒童之兒童照護者，則免收取此費用。

您必須負責履行下列事項，方可繼續獲得福利：

- 如果家庭收入、家庭成員、工作、兒童照護安排發生變化或有其他可能影響您繼續享有資格或福利金額之變化，請立即通知您的個案工作人員。
- 準時支付所需的任何家庭分擔費用。

作出本決議所依據的法律和/或法規為：

接受或拒絕服務的權利: 批准您的福利並不代表強制您接受此服務。您可聯絡當地的社會服務部門以選擇拒絕此服務。

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。若您想要召開公平聽證會, 並希望您的兒童照護福利在做出公平聽證會的決定之前保持不變(持續協助), 則您必須在本通知首頁上的生效日期之前要求召開公平聽證會。要求申請召開調解會, 並不能繼續維持您的福利。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。

我想要申請召開調解會。我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。如果您希望在公平聽證會作出裁定之前不要變更您的兒童照護福利, 則您必須在本通知首頁上顯示的生效日期之前請求召開公平聽證會。申請召開公平聽證會並不需要事先申請召開調解會。

您可以要求在公平聽證會作出裁定之前保持您的兒童照護福利不變。如果您要求在公平聽證會作出裁定之前福利不變更, 但是您在公平聽證會上敗訴, 您將會支付超額費用。本地社會服務部門會向您追討超額費用, 方式包括藉著減少未來的兒童照顧福利、收取一筆過費用或分期付款, 或透過法律行動進行。

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 <http://otda.ny.gov/hearings/>, 按一下連結以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, 然後寄至下列地址: 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。

我想要申請召開公平聽證會。我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。

選擇其中一個選項。

在公平聽證會作出裁定之前, **不要**變更我的兒童照護福利。

在等待公平聽證會作出裁定時, 按照列於本通知書的生效日期變更我的兒童照護福利。

姓名: _____

地區: _____

地址: _____

個案號碼: _____

電話: _____

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: 如果需要免費的法律協助, 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。