

STATO DI NEW YORK
UFFICIO SERVIZI PER I MINORI E LA FAMIGLIA (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

NOTIFICA DELL'INTENZIONE DI INTERRUPERE I SERVIZI DI ASSISTENZA PER L'INFANZIA

DATA DI NOTIFICA / /		DATA DI DECORRENZA DELL'INTERRUZIONE / /		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE	
NUMERO DI PRATICA		NUMERO CIN			
NOME PRATICA (e nome del C/O, se presente) E INDIRIZZO					
				N. DI TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA	
				OPPURE Incontro in agenzia Informazioni e assistenza per udienza imparziale 1-800-342-3334 Accesso agli atti Informazioni sull'assistenza legale	
N. UFFICIO	N. UNITÀ	N. OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE	N. DI TELEFONO OPERATORE () -	
Con questa notifica la informiamo che la sua copertura di assistenza per l'infanzia verrà interrotta in data ____ / ____ / ____ . Non è idoneo alle prestazioni fornite dall'assistenza per l'infanzia dopo _____ .					
Commenti:					
LEI HA DIRITTO A UN INCONTRO E/O A UN'UDIENZA PER IMPUGNARE QUESTA DECISIONE. PER INFORMAZIONI SU COME RICHIEDERE UN INCONTRO E/O UN'UDIENZA PER IMPUGNARE QUESTA DECISIONE, LEGGA IL RETRO DI QUESTA NOTIFICA.					
La motivazione alla base di questa azione è:					
<input type="checkbox"/> Il suo reddito familiare lordo supera del 300% il reddito statale standard o dell'85% il reddito statale medio, ovvero il reddito massimo consentito dalla normativa dello Stato di New York per avere diritto all'assistenza per l'infanzia al momento della domanda iniziale e a ogni rideterminazione dell'idoneità per 12 mesi. Il reddito lordo mensile della sua famiglia di \$ _____ supera il limite massimo per il reddito mensile di \$ _____ per un nucleo familiare di _____. <i>*(Per ulteriori informazioni, fare riferimento all'addendum in allegato.)</i>					
<input type="checkbox"/> Il suo reddito familiare lordo supera dell'85% il reddito statale medio, ovvero il reddito massimo consentito dalla normativa dello Stato di New York per avere diritto all'assistenza per l'infanzia durante il periodo di idoneità di 12 mesi. Il reddito lordo mensile della sua famiglia di \$ _____ supera il limite massimo per il reddito mensile di \$ _____ per un nucleo familiare di _____. <i>*(Per ulteriori informazioni, fare riferimento all'addendum in allegato.)</i>					
<input type="checkbox"/> Lei non è idoneo da un punto di vista programmatico ai servizi di assistenza per l'infanzia perché: _____					
<input type="checkbox"/> Non ci ha fornito le informazioni necessarie per stabilire il suo diritto a continuare a usufruire dell'assistenza per l'infanzia. Senza tali informazioni non ci è stato possibile determinare la sua idoneità a ricevere tale assistenza. _____					
<input type="checkbox"/> Altro: _____					
Le LEGGI E/O LE NORME che ci conferiscono questo potere sono: _____					

Se non è d'accordo con la decisione del Dipartimento per i servizi sociali (Department of Social Services) di competenza, può richiedere un incontro e/o un'udienza imparziale.

1. **INCONTRO:** Lei ha diritto a un incontro con il Dipartimento per i servizi sociali di competenza per riesaminare la decisione. Se desidera un incontro, dovrà farne richiesta IL PRIMA POSSIBILE, perché l'esito dell'incontro può influire sulla sua decisione di richiedere un'udienza imparziale. Se si desidera richiedere un'udienza imparziale e il mantenimento dei propri sussidi (assistenza continua) fino al verdetto definitivo è necessario effettuare la richiesta per l'udienza imparziale prima della DATA DI DECORRENZA riportata nella pagina iniziale di questa notifica. Una richiesta di incontro non comporterà automaticamente la continuazione dei servizi. All'incontro, potrà fornire le informazioni con cui dimostrare il motivo per cui non ritiene corretta l'azione dell'agenzia.

Può richiedere un incontro:

(1) **Per telefono:** () - (TENGA QUESTA NOTIFICA A PORTATA DI MANO AL MOMENTO DELLA CHIAMATA.)

(2) **Per posta:** Barri la casella in basso e scriva a _____
Conservi una copia per riferimento.

Desidero un incontro. Non sono d'accordo con l'azione dell'agenzia. Può descrivere il motivo del disaccordo in un altro foglio, ma non è tenuto a includere una spiegazione per iscritto.

2. **UDIENZA IMPARZIALE:** Lei ha il diritto a un'udienza imparziale per impugnare la decisione del Dipartimento per i servizi sociali di competenza. Se desidera un'udienza imparziale, ha 60 GIORNI di tempo dalla DATA DI NOTIFICA, riportata sulla pagina iniziale, per farne richiesta. Se desidera che i servizi di assistenza per l'infanzia rimangano invariati fino al verdetto dell'udienza imparziale è necessario fare richiesta per l'udienza imparziale prima della DATA DI DECORRENZA indicata nella prima pagina della presente notifica. Non è necessario richiedere un incontro prima di richiedere un'udienza imparziale.

In questo modo è possibile richiedere che l'assistenza per l'infanzia non venga interrotta fino all'emissione del verdetto dell'udienza imparziale. Se richiede la continuazione dell'assistenza fino alla decisione dell'udienza imparziale, e la suddetta decisione si rivelerà essere a suo sfavore, avrà usufruito di pagamenti in eccesso. Per il rimborso di tali pagamenti, il Dipartimento per i servizi sociali di competenza potrà ridurre i futuri servizi di assistenza per l'infanzia, richiedere pagamenti una tantum o rateali, oppure fare ricorso ad azioni legali.

Può richiedere un'udienza imparziale:

(1) **Per telefono: 1-800-342-3334.** (TENGA QUESTA NOTIFICA A PORTATA DI MANO AL MOMENTO DELLA CHIAMATA.)

(2) **Online:** Per inviare una richiesta di udienza imparziale online, acceda al sito <https://otda.ny.gov/hearings/>, faccia clic sui link per richiedere un'udienza imparziale mediante il modulo online e segua le istruzioni per compilare e inviare il modulo online.

(3) **Per posta:** Spuntare la casella e fornire le informazioni indicate di seguito. Spedire per posta a New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. Conservi una copia per riferimento.

(4) **Via fax:** Spuntare la casella e fornire le informazioni indicate di seguito. Inviare entrambi i lati di questo modulo via fax al numero (518) 473-6735.

Richiedo un'udienza imparziale. Non sono d'accordo con l'azione dell'agenzia. Può descrivere il motivo del disaccordo in un altro foglio, ma non è tenuto a includere una spiegazione per iscritto.

Selezionare un'opzione.

NON interrompere l'assistenza per l'infanzia fino all'emissione del verdetto dell'udienza imparziale.

Interrompere l'assistenza per l'infanzia nella data di decorrenza indicata su questa notifica fino all'emissione del verdetto dell'udienza imparziale.

Nome: _____	Distretto: _____
Indirizzo: _____	Numero di pratica: _____
_____	Numero di telefono: () - _____

Se richiede un'udienza imparziale, lo Stato le invierà un avviso contenente la data e l'ora dell'udienza. Ha il diritto di essere rappresentato da un consulente legale, un parente, un amico o un'altra persona, oppure di rappresentarsi da solo. All'udienza lei, il suo legale o altro rappresentante avrà l'opportunità di presentare prove documentali e orali con cui dimostrare i motivi per cui il provvedimento non andrebbe preso, nonché l'opportunità di rivolgere domande a chiunque sia chiamato in udienza. Ha inoltre il diritto di presentare testimoni che depongano a suo favore. All'udienza dovrà portare ogni documento che possa essere utile alla presentazione del suo caso, come la presente notifica, buste paga, ricevute, fatture per l'assistenza dei minori, accertamenti medici, lettere, ecc.

ASSISTENZA LEGALE: Se ha bisogno di assistenza legale gratuita, potrà ottenerla contattando la Legal Aid Society (Società per il patrocinio legale gratuito) locale o altro ente di patrocinio legale gratuito. Può trovare l'ufficio Legal Aid Society o l'ente di patrocinio legale a lei più vicino cercando online, utilizzando parole chiave come la propria contea di residenza e "Legal Aid Society" oppure "advocate group" (cioè "ente di patrocinio legale"), cercando nelle Pagine Gialle la voce "Lawyers" ("avvocati") oppure chiamando il numero indicato nella prima pagina di questa notifica.

ACCESSO AL SUO FASCICOLO PERSONALE E ALLE COPIE DEI DOCUMENTI: Per aiutarla a prepararsi per l'udienza, ha il diritto di consultare il suo fascicolo personale del caso. Se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia dei documenti del suo fascicolo che consegneremo al funzionario incaricato dell'udienza. Per richiedere i documenti o per conoscere la procedura di consultazione del fascicolo, ci contatti al numero telefonico "Accesso agli atti" indicato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Inoltre, se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia degli altri documenti del suo fascicolo di cui potrebbe aver bisogno per prepararsi all'udienza imparziale. Se desidera una copia dei documenti del fascicolo personale della pratica, dovrà farne richiesta con largo anticipo. Tali documenti le verranno forniti in un tempo ragionevole prima della data fissata per l'udienza. I documenti le saranno spediti per posta **soltanto** se ne richiede specificamente l'invio.

INFORMAZIONI: Se desidera ulteriori informazioni sulla sua pratica, sulle modalità per richiedere un incontro o un'udienza imparziale, consultare il fascicolo personale oppure ottenere ulteriori copie di documenti, ci chiami ai numeri di telefono riportati nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica.

**Altri redditi non elencati sopra e indicati dalle norme dello Stato di New York 18 NYCRR 404.5(b)(5) sono definiti come, ma non limitati a, i seguenti: il reddito netto da lavoro autonomo non agricolo, ossia gli introiti lordi meno le spese della propria attività, impresa professionale o società di persone; oppure il reddito netto da lavoro autonomo agricolo, cioè le entrate lorde meno le spese di gestione dell'azienda agricola da parte di una persona per conto proprio, in qualità di proprietario, affittuario o mezzadro; oppure dividendi, interessi (su risparmi o obbligazioni), redditi da successioni o fondi fiduciari, redditi netti da locazione o diritti; pagamenti di assistenza pubblica (PA) o di welfare (includono pagamenti PA come PA, SSI e assistenza domiciliare); pensioni e rendite (comprese le pensioni o le prestazioni pensionistiche versate a un pensionato o ai suoi superstiti); oppure indennità di disoccupazione, indennità dei lavoratori, alimenti o pensioni dei veterani.*

Il reddito lordo mensile della sua famiglia è \$ _____ per un nucleo familiare di _____.

Supera il limite massimo per il reddito di \$ _____.

In aggiunta alle citazioni elencate nella notifica in allegato, fare riferimento al Piano di servizi per minori e famiglie (Child and Family Services Plan) del distretto all'indirizzo <https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> per ulteriori informazioni.