

뉴욕주
아동 및 가족 복지국

아동 보호 혜택 중단 의사 통지

통지 날짜 / /	유효 만료일 / /	담당 부서/센터 또는 지역 사무실 이름 및 주소	
케이스 번호	CIN 번호		
케이스 이름(C/O 이름 존재 시 함께 기재) 및 주소			
		문의 사항 또는 도움 필요 시 일반 전화번호	
		또는 기관 회의 공청회 정보 및 지원 1-800-342-3334 기록 접근 법률 지원 정보	
사무실 번호	부서 번호	복지사 번호	부서 또는 복지사 이름
		복지사 전화번호 () -	
본 통지는 귀하의 보호 혜택 케이스가 (날짜) / / 에 종결될 것이라는 점을 알려드리기 위함입니다. 귀하는 이후에 제공되는 서비스에 대해 보호 혜택을 받을 자격이 없게 됩니다.			
비고:			
귀하는 이 결정에 반대하는 회의 및/또는 청문회에 대한 권리가 있습니다. 결정에 이의를 제기하려면 회의 및/또는 공청회 심리 요청 방법을 본 통지서 뒷면에서 참조하십시오.			
이 조치의 이유는 다음과 같습니다:			
<input type="checkbox"/> 귀하 가족의 총소득은 주 소득 기준의 300% 또는 주 중위 소득의 85%를 초과하며, 이는 뉴욕주 규정에 의해 최초 신청 시, 그리고 12개월마다 있는 자격 재심 시 보호 지원을 받을 수 있는 최대 소득입니다. 귀하 가족의 월간 총소득 \$ _____ 은 _____ 의 가족 규모에 대해 최대 월소득 \$ _____ 을 초과합니다. *(추가 정보는 첨부된 부록을 참조하십시오.)			
<input type="checkbox"/> 귀하 가족의 총소득은 주 중위 소득의 85%를 초과하며, 이는 뉴욕주 규정에 의해 12개월의 자격 기간 중 보호 지원을 받을 수 있는 최대 소득입니다. 귀하 가족의 월간 총소득 \$ _____ 은 _____ 의 가족 규모에 대해 최대 월 소득 \$ _____ 을 초과합니다. *(추가 정보는 첨부된 부록을 참조하십시오.)			
<input type="checkbox"/> 귀하는 프로그램적으로 다음과 같은 이유로 보호 서비스를 받을 자격이 없습니다. _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> 귀하가 계속해서 보호 지원 자격을 결정하기 위해 요청한 정보를 제공하지 않았습니까. 이 정보 없이 그러한 지원에 대한 귀하의 자격 여부를 결정할 수 없었습니다. _____ _____			
<input type="checkbox"/> 기타: _____ _____ _____			
당 기관의 조치를 가능하게 하는 법률 및/또는 규정당 기관의 조치를 가능하게 하는 법률 및/또는 규정: _____ _____ _____			

고객/공정 심리 사본

현지 사회 복지부' 결정에 동의하지 않으시면, 회의 및/또는 공정 심리를 요청하실 수 있습니다.

- 1. **회의:** 귀하에게는 현지 사회 복지부에 결정을 검토하도록 회의를 요청할 권리가 있습니다. 회의 결과가 귀하의 공정 심리 요청 여부에 영향을 미칠 수 있으므로 회의를 원하시면 최대한 빠른 시일 내에 요청하셔야 합니다. 공정 심리 결정이 내려 질 때까지 공정 심리를 원하고 육아 혜택이 변경되지 않은 상태로 유지 (계속 지원)하려면, 이 통지 첫 페이지의 유효 기간 종료 전에 공정 심리를 요청해야 합니다. 회의 요청만으로는 계속해서 혜택을 받을 수 없습니다. 회의에서 기관의 조치가 왜 잘못되었다고 생각하는지 입증할 정보를 제시하실 수 있습니다.

회의는 다음의 방법으로 요청하실 수 있습니다.

(1) 전화: () - (전화하실 때는 본 통지서를 준비하십시오.)

(2) 우편: 아래 상자에 체크하고 다음 주소로

서신을 보내 주십시오.

사본을 보관하십시오.

저는 회의를 원합니다. 저는 기관의 조치에 동의하지 않습니다. 동의하지 않는 이유를 별도의 종이에 설명하실 수 있지만 서면 설명을 꼭 포함해야 하는 것은 아닙니다.

- 2. **공정 심리:** 귀하에게는 공정 심리를 통해 현지 사회 복지부의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 공정 심리를 원하시면 앞 페이지에 나와 있는 통지일로부터 60일 이내에 요청해 주십시오. 공정 심리 결정이 내려 질 때까지 보육 혜택이 변경되는 것을 원하지 않는 경우, 이 통지 첫 페이지에 열거 된 유효 종료 날짜 이전에 공정한 심리를 요청해야 합니다. 공정 심리를 요청하기 전에 회의를 요청할 필요는 없습니다.

공정 심리 결정이 내려 질 때까지 보육 혜택을 계속 요청할 수 있습니다. 공정 심리 결정이 내려 질 때까지 계속해서 혜택을 요청하고 공정 심리에서 지게 되면 초과 지불하게 됩니다. 지역 사회 서비스 부서는 일시불 또는 할부로 징수하거나 법적인 조치를 통해 미래의 보육 혜택을 줄임으로써 초과 지불금을 회수하려고 합니다.

공정 심리는 다음의 방법으로 요청하실 수 있습니다.

(1) 전화: 1-800-342-3334. (전화하실 때는 본 통지서를 준비하십시오.)

(2) 온라인: 온라인으로 공정 심리 요청서를 보내시려면, <https://otda.ny.gov/hearings/>에서 링크를 클릭하시어 온라인 양식을 이용해 공정 심리를 요청하고 안내에 따라 온라인으로 양식을 작성한 후 제출하십시오.

(3) 우편: 박스를 체크하고 아래 정보를 작성해 주세요. 뉴욕 주 행정 청문 사무실, 임시 및 장애 지원 사무소 우편, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930 으로 보내세요. 사본을 보관하십시오.

(4) 팩스: 박스를 체크하고 아래 정보를 작성해 주세요. 이 양식의 양면을 (518) 473-6735 로 팩스를 보내십시오.

공정 심리를 요청합니다. 저는 기관의 조치에 동의하지 않습니다. 동의하지 않는 이유를 별도의 종이에 설명하실 수 있지만 서면 설명을 꼭 포함해야 하는 것은 아닙니다.

하나를 고르십시오.

공정 심리 결정이 내려 질 때까지는 보육 혜택을 중단하지 마십시오.

공정 심리 결정이 있을 때까지 본 통지서에 기재된 통지 일에 보육 혜택을 중단하십시오.

이름: _____

해당 지역: _____

주소: _____

케이스 번호: _____

전화번호: () - _____

귀하가 공정 심리를 요청하면 주에서 통지서를 보내 심리 시간과 장소를 알려줍니다. 변호사, 친척, 친구 등이 귀하 대신 변론하거나 귀하가 직접 변론할 수 있습니다. 심리에서 귀하, 귀하의 변호사 또는 기타 대리인이 이 조치를 취하면 안 되는 이유를 입증하는 서면 및 구두 증거를 제시할 수 있으며, 심리에 참석하는 사람에게 질문할 수 있습니다. 또한 귀하에게 유리한 증언을 해줄 증인을 데려올 수도 있습니다. 귀하는 사건 결정 심의에 도움이 될 만한 본 통지서, 급여 명세서, 영수증, 보육비 청구서, 의료 확인서, 서신 등과 같은 모든 서류를 공정 심리에 지참하시는 것이 좋습니다.

법률 지원: 무료 법률 지원이 필요하신 경우, 귀하가 속한 지역의 Legal Aid Society(법률 지원 협회) 또는 기타 법률 옹호 단체에 연락하시면 해당 지원을 받으실 수 있을 것입니다. 귀하의 거주 지역 카운티와 "Legal Aid Society(법률 지원 협회)" 또는 "옹호 단체"와 같은 핵심 단어를 사용하여 온라인으로 검색하여 가장 가까운 법률 구조 학회나 옹호 단체를 찾으려면 전화 번호부에서 "변호사"를 확인하거나 번호로 전화하십시오 이 통지서의 첫 페이지에 명시되어 있습니다.

본인의 파일과 서류 사본에 대한 접근: 귀하는 심리 준비를 위해 본인 케이스에 관련된 파일을 열람하실 권리가 있습니다. 전화 또는 우편을 통해 요청하시면, 당국은 공정 심리 때 당국이 심리 사무관에게 제출할 귀하의 파일에 포함되어 있는 서류들의 사본을 귀하께 무료로 보내 드립니다. 서류를 요청하거나 파일 열람 방법을 알고 싶으시면, 본 통지서의 1 페이지 상단에 나와 있는 기록 액세스 전화번호로 당국에 전화하거나 본 통지서의 1 페이지 상단에 인쇄되어 있는 주소로 당국에 서신을 보내 주십시오. 또한, 전화 또는 우편의 방법으로 요청하시면, 당국은 공정 심리 준비에 필요한 기타 서류를 귀하의 파일에서 찾아 복사해 무료로 보내 드립니다. 귀하의 케이스 파일에 포함되어 있는 서류들의 사본을 원하시는 경우, 시간을 넉넉히 잡고 요청하셔야 합니다. 그러면 심리 전에 여유 있게 서류를 보내 드립니다. 우편으로 발송할 것을 특별히 요청하시는 경우에 한해 문서를 우편으로 송부합니다.

정보: 귀하의 사건, 회의나 공정 심리 요청 방법, 본인의 파일 검토 방법 또는 서류의 추가 사본 입수 방법에 관해 자세한 정보를 원하시면, 본 통지서의 1 페이지 상단에 나와 있는 전화번호로 전화하시거나 본 통지서의 1 페이지 상단에 인쇄되어 있는 주소로 서신을 보내 주십시오.

뉴욕주
아동 및 가족 복지국
**보육 혜택 중단 의사에 대한
추가 정보/재정 적격성 계산**

효력 발생일: / /

케이스 이름: _____ 케이스 번호: _____

귀하가 더 이상 보육 혜택을 받을 자격이 없다고 결정했습니다. 귀하의 가족 월간 총소득은 \$ _____ 입니다.

이는 주 소득 기준의 300% 또는 주 중위 소득의 85%를 초과하며, 재심을 위한 최대 월별 총소득은 _____ 의 가족 규모에 대해 \$ _____ 입니다.

이는 주 중위 소득의 85%, 12 개월 자격 기간 중 최대 소득 \$ _____ (_____ 의 가족 규모에 대해)을 초과합니다.

아래 정보를 확인하십시오. 착오가 있는 경우, 이 통지서 1 쪽에 나와 있는 담당자에게 연락하십시오. 착오가 있는 경우 혜택에 대한 결정이 정확하지 않을 수 있습니다.

귀하의 가족 중에 특별한 도움이 필요한 자녀가 있습니다. 예 아니요 **보육이 필요한 특수한 필요가 있는 자녀가 있을 경우, 본 통지서를 잘못 수령하신 것일 수 있습니다. 귀하의 케이스가 오류로 종결된 경우 이 통지서의 첫 페이지에 있는 담당자에게 연락하십시오.**

가족의 월간 총소득은 다음 출처에서 결정되었습니다.		
<input type="checkbox"/>	세금 전의 임금 또는 급여 (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)):	\$ _____ 월 당
<input type="checkbox"/>	사회 보장 (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) 금액:	\$ _____ 월 당
<input type="checkbox"/>	아동 양육비 (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) 금액:	\$ _____ 월 당
<input type="checkbox"/>	*뉴욕 주 규정 18 NYCRR §404.5(b)(5)에 다음 금액으로 정의된 바와 같이 위에 나열되지 않은 기타 수입:	\$ _____ 월 당
	귀하 가족의 월 총소득:	\$ _____ 월 당

아래는 귀하의 보육 혜택 수혜 자격을 결정하기 위해 해당 지역에서 사용하는 주 중위 소득 수준 및 주 소득 기준 수준입니다. 보육 혜택 수혜 자격을 결정하기 위해 귀하의 가족 규모에 대한 가족의 월별 총소득을 주 중위 소득의 85% 및 주 소득 기준의 300%와 비교했습니다. 12 개월의 자격 기간 중 귀하 가족의 총소득이 주 중위 소득의 85%를 초과하지 않을 수도 있습니다.

가족 규모	주 소득 기준(SIS)의 300%	주 중위 소득(SMI)의 85%
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

*위에 나열되지 않고 뉴욕 주 규정 18 NYCRR 404.5(b)(5)에 정의된 기타 소득은, 다음과 같이 제한되지는 않습니다: 비농업 자영업에 대한 순 수입, 즉, 총수입액에서 자기 사업으로 인한 비용을 뺀 금액, 전문 기업 또는 파트너십; 또는 농장 자영업에서 얻은 순소득, 즉, 총수입액에서 소유자, 임대인, 소작인으로서 자기 부담으로 농장을 운영하는 운영비를 뺀 비용; 또는 배당금, 부동산이나 신탁의 (저축 또는 채권에 대한) 소득, 순 임대 소득 또는 로열티; 공공 보조(PA) 또는 복지 수당(PA, SSI 및 주택 구제와 같은 PA 수당 포함); 연금(퇴직자 또는 그 생존자에게 지급되는 연금 또는 퇴직 급여 포함) 또는 실업 수당, 노동자 보상; 위자료; 또는 퇴역 군인 연금.

귀하 가족의 월간 총소득은 _____ 의 가족 규모에 대해 \$ _____ 입니다
이는 \$ _____ 의 최대 소득을 초과합니다.

추가적인 정보는 본 통지에 열거된 인용문 이외에도, <https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp>에 있는 해당 지역의 아동 가족 서비스 계획을 참조하십시오.

SAMPLE ONLY