

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК

УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

УВЕДОМЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИИ ПРЕКРАТИТЬ ВЫПЛАТУ ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

ДАТА ИЗВЕЩЕНИЯ / /		ДАТА ЗАКРЫТИЯ ДЕЛА / /		НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ, ЦЕНТРА ИЛИ РАЙОННОГО ОФИСА	
НОМЕР ДЕЛА		ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (CLIENT IDENTIFICATION NUMBER, CIN)			
ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС КЛИЕНТА (и имя, фамилия адресата, если есть)					
				ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ С ВОПРОСАМИ ИЛИ ЗА ПОМОЩЬЮ	
				ИЛИ для назначения собеседования с сотрудником учреждения	
				для получения информации и помощи относительно объективного разбирательства	
				для доступа к документам	
				для получения информации о юридической помощи	
№ ОФИСА	№ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ	№ СОТРУДНИКА	НАИМЕНОВАНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СОТРУДНИКА () -	
Настоящим уведомляем вас, что ваше дело о получении пособия по уходу за ребенком будет закрыто (дата) ____/____/____. Вы не соответствуете критериям получения пособия по уходу за ребенком за услуги, предоставляемые после _____.					
Примечания:					
ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ И/ИЛИ РАЗБИРАТЕЛЬСТВА, ЧТОБЫ ОБЖАЛОВАТЬ ДАННОЕ РЕШЕНИЕ. НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ ПРИВЕДЕНА ИНФОРМАЦИЯ О ТОМ, КАК ПОТРЕБОВАТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ И/ИЛИ РАЗБИРАТЕЛЬСТВА, ЧТОБЫ ОБЖАЛОВАТЬ ДАННОЕ РЕШЕНИЕ.					
Ниже указана причина данного действия.					
<input type="checkbox"/> Сумма валового дохода вашей семьи превышает 300% государственного стандартного уровня дохода или 85% среднего уровня дохода по штату, что является максимальным разрешенным уровнем дохода, установленным законодательством штата Нью-Йорк для получения пособия по уходу за ребенком на момент подачи первоначального заявления и повторного рассмотрения соответствия критериям, которое осуществляется каждые 12 месяцев. Сумма месячного валового дохода вашей семьи составляет \$ _____, что превышает максимальный месячный доход в размере \$ _____, установленный для семьи размером (кол-во человек) _____.					
* (Дополнительные сведения можно найти в приложении к данному документу.)					
<input type="checkbox"/> Сумма валового дохода вашей семьи превышает 85% среднего уровня дохода по штату, что является максимальным разрешенным уровнем дохода, установленным законодательством штата Нью-Йорк для получения пособия по уходу за ребенком в течение льготного периода в 12 месяцев. Сумма месячного валового дохода вашей семьи составляет \$ _____, что превышает максимальный месячный доход в размере \$ _____, установленный для семьи размером (кол-во человек) _____.					
* (Дополнительные сведения можно найти в приложении к данному документу.)					
<input type="checkbox"/> Вы не соответствуете критериям программы для получения пособия по уходу за ребенком по следующим причинам: _____					
<input type="checkbox"/> Вы не предоставили нам данные, которые мы запрашивали для того, чтобы определить, по-прежнему ли вы соответствуете критериям для получения пособия по уходу за ребенком. Не располагая этими данными, мы не смогли определить, соответствуете ли вы критериям для получения данного пособия. _____					
<input type="checkbox"/> Прочее: _____					
Мы действуем в соответствии со следующими ЗАКОНАМИ И/ИЛИ ПРАВИЛАМИ: _____					

КОПИЯ ДЛЯ КЛИЕНТА / ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА

Если вы не согласны с решением вашего местного отделения Социальных служб (Local Department of Social Services), вы можете потребовать проведения собеседования и/или объективного разбирательства.

1. **СОБЕСЕДОВАНИЕ:** Вы имеете право потребовать пересмотра этого решения в рамках собеседования в местном отделении Социальных служб. Если вы заинтересованы в проведении собеседования, вам следует потребовать этого КАК МОЖНО СКОРЕЕ, поскольку результат собеседования может повлиять на ваше решение запросить проведение объективного разбирательства. Если вы заинтересованы в проведении объективного разбирательства и в том, чтобы до вынесения решения по его итогам ваше пособие по уходу за ребенком оставалось без изменений (выплаты пособия продолжались), вам следует отправить запрос на проведение объективного разбирательства до ДАТЫ ЗАКРЫТИЯ ДЕЛА, которая указана на лицевой стороне данного уведомления. В случае если вы запросите только проведение собеседования, выплаты пособия продолжаться не будут. В ходе собеседования вы можете предоставить информацию, подтверждающую ваше мнение о том, что принятое данным учреждением решение было неверным.

Вы можете запросить проведение собеседования указанными ниже способами.

- (1) **Позвонив по номеру:** () - (ВО ВРЕМЯ РАЗГОВОРА СЛЕДУЕТ ИМЕТЬ ПРИ СЕБЕ НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ.)
 (2) **По почте:** поставьте галочку в окошке ниже и отправьте данное уведомление по адресу _____

Сохраните копию настоящего уведомления.

Прошу провести собеседование. Я не согласен(на) с решением данного учреждения. Вы можете изложить причины своего несогласия на отдельном листе бумаги, но вы не обязаны предоставлять письменное пояснение.

2. **ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО:** Вы имеете право на проведение в местном отделении Социальных служб объективного разбирательства для обжалования принятого решения. Если вы хотите, чтобы было проведено объективное разбирательство, то у вас есть 60 ДНЕЙ с ДАТЫ ИЗВЕЩЕНИЯ, указанной на лицевой стороне данного документа, чтобы подать запрос. Если вы хотите, чтобы до вынесения решения по итогам объективного разбирательства ваше пособие по уходу за ребенком оставалось без изменений, вам следует отправить запрос на проведение объективного разбирательства до ДАТЫ ЗАКРЫТИЯ ДЕЛА, которая указана на лицевой стороне данного уведомления. Вы не должны отправлять запрос на проведение собеседования до того, как будет отправлен запрос на проведение объективного разбирательства.

Вы можете потребовать, чтобы вам продолжали выплачивать пособие по уходу за ребенком до момента, пока не будет вынесено решение по итогам объективного разбирательства. Если вы потребуете, чтобы вам продолжали выплачивать пособие до момента вынесения решения по итогам объективного разбирательства, но оно будет вынесено не в вашу пользу, то вам будет начислена переплата. Местное отделение Социальных служб будет вынуждено возместить сумму переплаты, уменьшив пособие по уходу за ребенком, которое должно было бы быть выплачено вам в будущем, либо потребовав возмещения путем разовой денежной выплаты или регулярных платежей, либо иным способом, обратившись в суд.

Вы можете запросить проведение объективного разбирательства указанными ниже способами.

- (1) **Позвонив по номеру: 1-800-342-3334.** (ВО ВРЕМЯ РАЗГОВОРА СЛЕДУЕТ ИМЕТЬ ПРИ СЕБЕ НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ.)
 (2) **Через Интернет:** чтобы отправить запрос на проведение объективного разбирательства через Интернет, посетите веб-страницу <https://otda.ny.gov/hearings/>, воспользуйтесь ссылками на онлайн-форму соответствующего запроса и следуйте инструкциям по заполнению и отправке этой формы.
 (3) **По почте:** поставьте галочку в окошке, заполните форму ниже и отправьте письмо по адресу: New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. Сохраните копию настоящего уведомления.
 (4) **По факсу:** поставьте галочку в окошке, заполните форму ниже и отправьте обе стороны данной формы по факсу: (518) 473-6735.

Прошу провести объективное разбирательство. Я не согласен(на) с решением данного учреждения. Вы можете изложить причины своего несогласия на отдельном листе бумаги, но вы не обязаны предоставлять письменное пояснение.

Выберите один из вариантов.

Прошу **НЕ ПРЕКРАЩАТЬ** выплачивать мне пособие по уходу за ребенком до момента вынесения решения по итогам объективного разбирательства.

Прошу **ПРИОСТАНОВИТЬ** выплаты пособия по уходу за ребенком с даты закрытия дела, указанной в данном уведомлении, до момента вынесения решения по итогам объективного разбирательства.

Имя и фамилия: _____

Район: _____

Адрес: _____

Номер дела: _____

Номер телефона: () - _____

Если вы подадите запрос на проведение объективного разбирательства, администрация штата направит вам уведомление с указанием времени и места его проведения. Вы имеете право на представительство интересов юрисконсультлом, родственником, другом или другим лицом либо можете выступать самостоятельно. В ходе разбирательства вы, ваш адвокат или другой представитель сможете предоставить письменные и устные доказательства против такого решения, а также опросить всех людей, присутствующих на разбирательстве. Вы также имеете право привести своих свидетелей. С собой следует принести все документы, которые могут быть полезны при рассмотрении вашего дела, включая настоящее уведомление, квитанции о начислении заработной платы, платежные квитанции, счета за услуги по уходу за ребенком, медицинские заключения, письма и т. д.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. Если вам нужна бесплатная юридическая помощь, вы можете обратиться в местное Общество юридической помощи (Legal Aid Society) или в другую группу общественных юрисконсультлов. Контактная информация ближайшего Общества юридической помощи или группы общественных юрисконсультлов приведена в разделе «Адвокаты» (Lawyers) телефонного справочника Yellow Pages. Кроме того, вы можете поискать соответствующую информацию в Интернете по таким ключевым словам, как наименование вашего округа проживания, «Общество юридической помощи» или «группа общественных юрисконсультлов» либо позвонить по номеру, указанному на первой странице данного уведомления.

ДОСТУП К МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ. Вы имеете право ознакомиться с материалами своего дела, чтобы подготовиться к разбирательству. Позвоните или напишите нам, чтобы получить бесплатные копии документов по своему делу, которые мы предоставим администратору по объективным разбирательствам. Чтобы запросить документы или узнать, как ознакомиться с материалами дела, позвоните в Службу ознакомления с делами (Record Access) по номеру, указанному в верхней части первой страницы данного уведомления. Вы также можете написать нам по адресу, указанному в верхней части первой страницы данного уведомления. Кроме того, если вы позвоните или напишете нам, вам бесплатно вышлют копии других документов по вашему делу, которые могут вам понадобиться для подготовки к объективному разбирательству. Если вам нужны копии документов по вашему делу, следует запросить их заранее. Вам предоставят их в разумные сроки до даты разбирательства. Документы будут отправлены вам по почте **только** в том случае, если вы попросите об этом.

ИНФОРМАЦИЯ. Если вы хотите получить дополнительные сведения о своем деле, о том, как подать заявление на проведение собеседования или объективного разбирательства, как ознакомиться с материалами своего дела или получить дополнительные копии документов, звоните/пишите по телефону/адресу, указанному в верхней части первой страницы данного уведомления.

ПРИЛОЖЕНИЕ К УВЕДОМЛЕНИЮ О НАМЕРЕНИИ**ПРЕКРАТИТЬ ВЫПЛАТУ ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ. РАСЧЕТ ФИНАНСОВЫХ УСЛОВИЙ ПОЛУЧЕНИЯ ПОСОБИЯ.**

Дата вступления в силу: / /

Имя и фамилия клиента: _____ Номер дела: _____

Согласно нашим расчетам, вы больше не соответствуете критериям получения пособия по уходу за ребенком. Сумма месячного валового дохода вашей семьи составляет \$ _____.

Эта сумма превышает 300% государственного стандартного уровня дохода или 85% среднего уровня дохода по штату, что является максимальным месячным уровнем валового дохода для повторного рассмотрения соответствия критериям в размере \$ _____, установленным для семьи размером (кол-во человек) _____.

Эта сумма превышает 85% среднего уровня дохода по штату, что является максимальным уровнем дохода в течение льготного периода в 12 месяцев в размере \$ _____, установленным для семьи размером (кол-во человек) _____.

Пожалуйста, проверьте правильность приведенной ниже информации. Если в ней содержатся ошибки, обратитесь к социальному работнику, ответственному за ваше дело. Его имя указано на первой странице данного уведомления. При наличии ошибок может оказаться, что по вашему делу было принято неверное решение.**В вашей семье есть ребенок с особыми потребностями. Да Нет Если у вас есть ребенок с особыми потребностями, который нуждается в уходе, вам могли отправить это уведомление по ошибке. Обратитесь к социальному работнику, ответственному за ваше дело (его имя указано на первой странице данного уведомления), чтобы уточнить, не было ли ваше дело закрыто по ошибке.**

Месячный валовой доход вашей семьи был рассчитан, исходя из следующих данных:		
<input type="checkbox"/>	Заработная плата (раздел 18, параграф 404.5(b)(5)(i) New York Codes, Rules and Regulations (NYCRR)) до уплаты налогов составила:	\$ _____ в месяц.
<input type="checkbox"/>	Социальное страхование (раздел 18, параграф 404.5(b)(5)(iv) NYCRR) составило:	\$ _____ в месяц.
<input type="checkbox"/>	Пособие по уходу за ребенком (раздел 18, параграф 404.5(b)(5)(xi) NYCRR) составило:	\$ _____ в месяц.
<input type="checkbox"/>	* Прочий доход, не указанный выше, в соответствии с разделом 18, параграфом 404.5(b)(5) NYCRR, составил:	\$ _____ в месяц.
	Совокупный месячный валовой доход вашей семьи:	\$ _____ в месяц.

Ниже приведены размеры среднего уровня дохода по штату и государственного стандартного уровня дохода, которые используются в вашем округе для принятия решения о соответствии критериям получения пособия по уходу за ребенком. Чтобы определить соответствие критериям получения пособия по уходу за ребенком, месячный валовой доход вашей семьи сравнивается с 85% среднего уровня дохода по штату и 300% государственного стандартного уровня дохода. В течение льготного периода в 12 месяцев сумма валового дохода вашей семьи не должна превышать 85% среднего уровня дохода по штату.

Количество членов семьи	300% государственного стандартного уровня дохода (State Income Standard, SIS)	85% среднего уровня дохода по штату (State Median Income, SMI)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

**Прочий доход, не указанный выше и определяемый в соответствии с разделом 18, параграфом 404.5(b)(5) NYCRR, включает следующие выплаты, но не ограничивается ими: чистый доход от индивидуального предпринимательства в несельскохозяйственном секторе, то есть валовая выручка минус затраты на ведение собственного дела, предпринимательской деятельности или партнерства; чистый доход от индивидуального предпринимательства в сельскохозяйственном секторе, то есть валовая выручка минус операционные затраты на деятельность фирмы, понесенные лицом за свой счет в качестве хозяина, арендатора или исполщика; дивиденды или проценты (по сбережениям или облигациям), доход от недвижимого имущества или доверительной собственности, чистый доход от сдачи помещений в аренду или по авторским правам; государственное пособие (public assistance, PA) или социальные выплаты, включающие PA, пособие по возрасту или нетрудоспособности (Supplemental Security Income, SSI) и пособие на жилье; пенсии и ежегодные выплаты, включающие пенсионные пособия, выплачиваемые при уходе с работы или потере кормильца; пособие по безработице, компенсационные выплаты работникам; алименты; выплаты ветеранам.*

Сумма месячного валового дохода вашей семьи составляет \$ _____. Семья состоит из (кол-во человек): _____.

Эта сумма превышает максимальный уровень дохода в размере \$ _____.

Помимо сведений, указанных в данном уведомлении, примите во внимание также План помощи детям и семьям (Child and Family Services Plan), действующий в вашем округе. С ним можно ознакомиться по ссылке <https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp>.