뉴욕 주
아동 및 가족 복지국

보육 지원 혜택 및 자기 부담금 지급 변경 의향 통지서

통지 일자:	발효일:	담당부서/센터 또는 지역 사무실 이름 및 주소
케이스 번호	CIN 번호	
케이스 이름(C/O 이름과 주소, 존재 시)		문의 사항 또는 도움말 일반 전화번호
		또는 담당부서 협의회
		공청회 정보 및 지원
		기록 액세스
		법률 지원 안내

사무실 번호	유닛 번호	복지사 번호	유닛 또는 복지사 이름	복지사 전화번호

본 통지서는 해당 기관에서 귀하의 보육 지원 혜택 변경에 대해 알려드리기 위한 것입니다.
변경 사항: _____

의견:

혜택:

자녀:	제공자 대상:	금액:*	풀타임 또는 파트타임

**지급은 승인된 활동 및/또는 부재에 따라 유동적일 수 있습니다.*

자기 부담금. 귀하는 다음 수수료를 지불해야 합니다.

☐ 유효기간 _____, **주간 자기 부담금은** _____ 에게
주당 $ _____ 가 지급되어야 합니다.

☐ _____, **추가 자기 부담금은** _____ 에게
주당 $ _____ 가 지급되어야 합니다.

☐ _____, **법정 명령 자기 부담금은** _____ 에게
주당 $ _____ 가 자녀 대상으로 지급되어야 합니다. _____ .

다음 정보는 매주 자기 부담금이 결정되는 방식에 대한 설명입니다.

가구의 연간 총 소득 **$** _____
가족 규모에 따른 마이너스 100% 연간 주 소득 기준 **$** _____
나머지 소득 **$** _____
나머지 소득 **$** _____ X 자기 부담금(%) _____ **%** = **$** _____
$** _____ **/** 52 주 = **$ _____ 주간 자기 부담금

모든 자기 부담금 은 $0.50 근사치로 반올림됩니다. TA 를 받지 않은 모든 가구에 대해 주당 최소 수수료는 $1 입니다.

조치 이유는 다음과 같습니다. _____

이 조치의 법률 및/또는 규정 근거는 다음과 같습니다. _____

귀하는 본 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.
본 결정에 대해 이의 제기 방법은 본 통지서의 뒷면을 참조해 주십시오.

고객/공청회 사본

SAMPLE ONLY

회의 권한: 회의를 열고 이 조치를 검토하실 수 있습니다. 회의를 원하시는 경우, 가능한 빨리 요청하셔야 합니다. 회의에서 저희가 잘못된 결정을 한 것으로 확인되거나 귀하께서 제공해주신 정보에 따라 저희 결정을 변경해야 할 경우 이에 따른 적절한 조치를 취하고 새로운 통지를 드릴 것입니다. 이 통지서의 앞면에 제공된 번호로 전화하거나 이 통지서 첫 페이지 상단에 열거된 주소로 회의 요청서를 작성해서 송부하시면 됩니다. 이 번호는 회의 요청 전용 전화번호입니다. **본 절차는 공청회 신청 절차는 아닙니다. 회의를 요청하셔도 공청회 자격은 여전히 유지됩니다. 공청회 결정이 나올 때까지 혜택이 동일하게 유지(지속 지원)되기를 원하시면 아래에 설명된 방식으로 공청회를 신청해야 합니다. 단독 회의 신청 시 혜택이 지속되지 않을 겁니다. 담당부서 회의를 요청할 경우 공청회를 요청할 수 있는 권리에 영향을 주지 않습니다.공청회 정보는 아래를 참조하십시오.**

공청회 권한: 상기 조치가 잘못되었다고 판단될 경우 다음을 통해 주정부 공청회를 신청할 수 있습니다.

(1) **전화**: (전화하실 때는 본 통지서를 준비하십시오.) **1-800-342-3334. 또는**
(2) **서신:** 아래 정보를 기입하고 서명한 후 "New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930"로 우송해주십시오. **사본을 보관하십시오. 또는**
(3) **팩스**: 정보를 기입한 후 공청회 요청을 위해 이 통지서의 양면에 서명한 다음 (518) 473-6735 번으로 팩스를 보내주십시오. **또는**
(4) **온라인**: 공청회 요청을 온라인으로 신청하려면 http://www.otda.ny.gov/oah 를 방문하셔서 온라인 양식을 통해 공청회를 요청할 수 있는 링크를 클릭한 후 지시사항에 따라 해당 양식을 온라인으로 작성하셔서 제출하십시오.

이 통지서 날짜로부터 60 일 이내에 공청회 요청을 하셔야 합니다.

공청회 요청을 하는 경우 주에서 공청회의 시간과 장소를 알려드리는 통지서를 보내드립니다. 귀하에게는 법률 변호사, 친척, 친구 또는 다른 사람으로부터 변호를 받거나 자신을 변호할 권리가 있습니다. 공청회에서 귀하의 변호사 또는 대변인에게는 결정 조치를 취해야 하지 않는 이유를 보여주는 서면 또는 구술 증거를 제시하며 공청회에 참석한 모든 사람에게 질문을 할 수 있는 기회가 주어집니다. 또한 귀하는 귀하 편에서 얘기할 입회인을 동반할 권리가 있습니다. 귀하는 케이스 결정 심의에 도움이 될 만한 이 통지서, 급여 명세서, 영수증, 양육 청구서, 의료 청구서, 난방비 청구서, 의료 확인서, 서신 등과 같은 모든 서류를 공청회에 지참하시는 것이 좋습니다.

해당하는 사항에 체크:

☐ **보육 혜택 지원을 동일하게 유지합니다.** 통지서의 발효일 이전에 공청회를 신청할 경우 보육 지원 혜택이 복귀되고 공청회 결정이 공표될 때까지 변경되지 않습니다. 그러나 공청회에서 패소하시면 이제까지 받아왔던 모든 보육 지원 혜택을 납부하셔야 합니다. 모든 보육비에 대한 초과 지급금을 회수해야 하기 때문입니다. 귀하가 자격이 없음에도 받았던 모든 보육 혜택 지원에 대해 청구될 것이며 향후 보육 수당 감소, 일시불 분할 지급 또는 법적 조치를 통해 징수될 수 있습니다. 이러한 일을 미연에 방지하려면 아래 해당하는 사항에 체크하십시오. 보육 혜택 지원을 복귀시키지 않으려면 전화 또는 서신을 통해 의사표시 할 수 있습니다.

☐ **본인은 공청회 결정이 공표될 때까지 보육 혜택 지원이 유지되기를 원하지 않습니다.**

법률 지원: 법률적 도움이 필요하신 경우, 인근 지역의 법률 지원단체(Legal Aid Society)나 기타 법정 보호 단체에 연락하셔서 도움을 받으실 수 있습니다. 인근 지역의 법률 단체나 법정 보호 단체는 전화 번호부의 "변호사(Lawyer)" 란을 참조하거나 이 통지서의 첫 페이지에 나와 있는 번호로 연락하시면 됩니다.

****

본인 파일 및 증빙서류 사본 이용: 공청회 준비 과정에서 귀하께서는 본인 케이스에 관련된 파일을 열람하실 권리가 있습니다. 저희 기관에 전화, 서면으로 신청하시면 귀하의 파일에 있는 서류의 사본을 무료로 보내드리며, 동일한 서류를 공청회 심리 사무관에게도 발송합니다. 증빙서류를 요청하시고자 하거나 본인 파일의 열람 방법을 알고 싶으시면 본 통지서 첫 페이지에 있는 기록 액세스 전화번호로 전화하거나 본 통지서 1 페이지 상단에 인쇄된 주소로 서면 제출해 주십시오. 또한 전화나 서면으로 요청하시면 공청회 준비에 필요한 기타 증빙 서류를 귀하의 파일에서 찾아 복사해 무료로 발송해 드립니다. 귀하의 케이스 파일에서 증빙 서류 사본을 원하시는 경우 미리 연락을 하셔야 공청회 전에 여유 있게 서류를 보내 드립니다. 우송을 원하는 주소를 정확하게 말씀해 주셔야 서류를 받아보실 수 있습니다.

정보: 귀하의 케이스, 공청회 신청 방법, 본인 파일 검토 방법 또는 증명서류의 추가 사본 입수 방법에 관해 자세한 정보를 원하시는 경우, 본 통지서 1 페이지 상단에 있는 전화번호로 연락하시거나 본 통지서 1 페이지에 인쇄된 주소로 서면 제출해 주십시오.

****

<u>공청회 요청</u>

☐ 공청회를 요청합니다. 담당부서의 조치에 동의하지 않습니다. (아래에 동의하지 않는 이유에 대해 명시할 경우 서면 설명서를 포함할 필요는 없습니다.)

_____

_____

_____

_____

이름: _____ 지역: _____

주소: _____ 케이스 번호: _____

_____ 전화번호: _____

SAMPLE ONLY

보육 지원 혜택 및 자기 부담금 지급 변경 의향 통지서 별첨
–재정 자격 계산

유효일: _____

케이스 이름: _____

케이스 번호: _____

자기 부담금을 위해 지불한 금액 변경 _____ –> _____

다음은 가구의 소득을 계산하는 데 사용되는 소득의 출처와 자기 부담금을 결정하는 데 사용되는 계산법입니다. 아래 정보를 확인하십시오. 잘못된 내용이 있다면 본 통지서 1 페이지에 있는 복지사에게 문의하십시오.

귀 가구의 **월간 총 소득**은 다음 출처로부터 결정된 것입니다.			
☐	세금 공제 전 임금 또는 급여액(18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)):	$	월별
☐	사회보장 소득액(18 NYCRR § 404.5(b)(5)(iv)):	$	월별
☐	양육비(18 NYCRR § 404.5(b)(5)(xi)):	$	월별
☐	*뉴욕 주 규정에 정의된 바와 같이 위에 열거되지 않은 기타 소득 18 NYCRR § 404.5(b)(5) 금액:	$	월별
	귀 가구의 **월간 총 소득**:	$	월별

다음 정보는 매주 자기 부담금이 결정되는 방식에 대한 설명입니다.			
귀 가구의 월간 총 소득:	$	X 12 개월 =	**$** 연소득
가구의 연간 총 소득	$		
가족 규모에 따른 마이너스 100% 주 소득 기준	$		
나머지 소득	$		
나머지 소득	$	***X*** 자기 부담금(%)	**% =** $
$ /52 주 =	$	주간 자기 부담금	

가족 규모	**100%** 연간 주 소득 기준
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

8 명을 초과하는 가구의 경우 추가 인원 당 **$** _____ 가 추가됩니다.

*뉴욕 주 규정 18 NYCRR 404.5(b)(5)에 정의된 바와 같이 위에 열거되지 않은 기타 소득은 다음에 국한되지 않습니다: 총 수입액에서 자기 자본 경비, 전문 기업 또는 파트너십 경비를 제외한 금액 등 비농업 자영업자의 순 소득, 총 수입액에서 자기 계정에 따라 개인별 회사 운영으로 나오는 운영비를 제외한 금액 등 농업 자영업자의 순 소득, 부동산이나 신탁을 통한 소유자, 임차인, 소작인 또는 배당, 이자(저축액 또는 채권) 소득, 순 임대 소득 또는 사용료, SSI 및 가정부조와 같은 PA 지불을 포함한 공공 지원(PA) 또는 복지 수당, 은퇴한 사람 또는 해당 부양가족에게 지불되는 연금 또는 퇴직 수당을 포함한 연금 또는 퇴직 연금, 실업 수당, 근로자 보상, 이혼 수당 또는 퇴역 군인 연금이 그 예입니다.

SAMPLE ONLY