

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
**NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN DE FRAUDE,
 DESCALIFICACIÓN PARA RECIBIR BENEFICIOS
 DE CUIDADO INFANTIL Y PLAN DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS**

FECHA DE NOTIFICACIÓN / /		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO		
NÚMERO DE CASO	NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (y nombre del C/O si está presente) Y DIRECCIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA		
		<input type="radio"/> Conferencia con la agencia Asistencia e información sobre audiencias imparciales 1-800-342-3334 Acceso a registros Información sobre asistencia legal		
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A)	Nº DE TELÉFONO

USTED TIENE DERECHO A UNA CONFERENCIA CON LA AGENCIA Y A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL PARA APELAR ESTA DECISIÓN. ASEGÚRESE DE LEER EL DORSO DE LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SOBRE CÓMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA CON LA AGENCIA O UNA AUDIENCIA IMPARCIAL.

SECCIÓN I – POR LA PRESENTE SE LE NOTIFICA QUE:

1. El departamento local de servicios sociales ha determinado que usted recibió beneficios de cuidado infantil de manera fraudulenta y que está descalificado para recibir beneficios de cuidado infantil, Y
2. Usted recibió un sobrepago y tiene la obligación de devolverlo.
La regulación que nos permite hacer esto es: 18 NYCRR 415.4(i).

SECCIÓN II – DETERMINACIÓN DE FRAUDE

La conclusión del departamento sobre la obtención fraudulenta de beneficios de cuidado infantil se basó en:

- Una sentencia por un tribunal judicial e / / que lo declara culpable de recibir beneficios de cuidado infantil fraudulentamente.
- Su reconocimiento voluntario firmado el día / / .

El resultado de la actividad fraudulenta fue un sobrepago de \$ que ocurrió entre el / / y el / / .

SECCIÓN III – DURACIÓN DEL PERÍODO DE DESCALIFICACIÓN

Como consecuencia de la obtención fraudulenta de beneficios, usted está descalificado para recibir beneficios de cuidado infantil. Las regulaciones 18 NYCRR 415.4(i)(13) del estado de Nueva York establecen plazos de suspensión o cancelación de los beneficios que dependen de la cantidad de infracciones y del monto de los beneficios recibidos de manera fraudulenta.

Su período de descalificación es:

- 12 meses**, porque esta es su primera infracción.
- 24 meses**, porque esta es su segunda infracción, o el monto de beneficios que recibió de manera fraudulenta fue entre \$10,000 y \$24,999.99.
- Permanentemente**, porque esta es su tercera infracción, o la cantidad de beneficios que recibió de manera fraudulenta es \$25,000 o más.
- Otro, como lo especificó un tribunal con jurisdicción apropiada (*especifique el plazo y el motivo*):

SECCIÓN IV – FECHA DE VIGENCIA DE LA DESCALIFICACIÓN

- Su descalificación comenzará el / / y finalizará el / / .
- Si en una fecha futura usted solicita o es seleccionado para recibir beneficios de cuidado infantil, usted estará sujeto a la penalidad de descalificación anterior.
- Su período de descalificación comenzará o se reanudará una vez que usted no participe más en las actividades solicitadas por la TA (Asistencia Temporal).

SECCIÓN V – ACUERDO DEL PLAN DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS:

Si usted solicita una audiencia imparcial con relación a esta decisión, no es necesario que llene y firme el plan de devolución de pagos en este momento. Sin embargo, usted debe llenar y firmar la solicitud para una audiencia imparcial que aparece en el dorso de este formulario y devolverla a la dirección indicada.

Usted debe realizar el pago completo antes del / / . Si usted no puede devolver el sobrepago como se indica a continuación o si desea establecer otro acuerdo de pagos o tiene alguna pregunta, comuníquese de inmediato con al número () - . De lo contrario, firme el presente acuerdo, haga una copia del mismo para usted, y devuelva el acuerdo a la dirección que se indica al final de esta página.

A continuación, se indica su plan de devolución de pagos:

- El pago será extraído de sus beneficios de cuidado infantil. Para cancelar la deuda, usted deberá abonar cada semana \$ a la persona a cargo del cuidado de su hijo(a). Esto se suma a su contribución familiar actual de \$ por semana. A partir del / / , su **pago familiar total** será de \$ por semana, y el monto que pagamos a la persona a cargo del cuidado de su hijo(a) se reducirá a \$.
- Para cancelar la deuda, usted deberá abonar \$ por semana al departamento local de servicios sociales. El primer pago vence el / / . El último pago vence el / / .

Envíe pagos a:

- Usted tiene la obligación de respetar el plan de pago o la medida judicial en vigencia que se adjunta a la presente notificación.

Yo estoy de acuerdo en pagar de esta forma. Comprendo que el no pagar puntualmente el monto acordado más arriba resultará en la suspensión de mis beneficios de cuidado infantil y/o la iniciación de una acción judicial para recuperar el sobrepago.

FIRMA	FECHA
-------	-------

Devuelva este acuerdo de plan de pago a:

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia con la agencia para examinar estas medidas. La conferencia consiste en reunirse con una persona de la agencia, distinta de quien tomó la decisión, para discutir su caso. Para solicitar una conferencia llame al número que aparece en el frente de esta notificación, en la esquina superior derecha. Si en la conferencia llegamos a la conclusión de que nuestra decisión fue incorrecta o, si debido a la información que usted presente, decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y le enviaremos una nueva notificación. Solicitar una conferencia con la agencia no es lo mismo que solicitar una audiencia imparcial. Lea sobre audiencias imparciales a continuación.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si no está de acuerdo con la decisión de la agencia, puede solicitar una audiencia imparcial. En la audiencia tendrá la oportunidad de presentar pruebas de forma escrita y oral para demostrar por qué considera que la decisión del organismo no es correcta y qué medida no debe aplicarse. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor(a) legal, un pariente, amigo(a) u otra persona, o bien puede representarse usted mismo(a). En una audiencia imparcial, usted tiene derecho a presentar e interrogar testigos. Tiene derecho a presentar pruebas de forma oral y escrita y deberá traer todos los documentos que puedan ser útiles para la presentación de su caso, tales como la presente notificación, comprobantes de pago, recibos, facturas por cuidado infantil, constancias médicas, cartas, etc. A continuación, encontrará más información sobre cómo acceder a su expediente y a las copias de los documentos del mismo.

A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN USTED TIENE 60 DÍAS PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL
Cuando se solicita una audiencia imparcial, el estado le envía una notificación para informarle sobre el lugar y el horario de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado por un asesor(a) legal, un pariente, amigo(a) u otra persona, o puede representarse usted mismo(a).

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:

Por teléfono: 1-800-342-3334 (Por favor tenga la presente notificación a mano cuando llame).

En línea: Complete la solicitud virtual en el sitio <https://otda.ny.gov/hearings/>.

Ubicaciones sin cita: 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 330 West 34th Street, 3er Piso, Manhattan, NY.

Por escrito: Complete la información que se solicita a continuación, firme y envíe una copia de la notificación completa a *New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance*, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Por favor guarde una copia.

Por fax: Llene la información solicitada a continuación, firme y envíe la notificación completa a *New York State Office of Administrative Hearings* al número: 518-473-6735.

<input type="checkbox"/> Deseo una audiencia imparcial. La acción de la agencia no es correcta porque:

<input type="checkbox"/> Entiendo que reúno los requisitos para continuar recibiendo ayuda (solo quienes la reciben actualmente). Mis beneficios fueron cancelados y deseo que sean reestablecidos (continuar recibiendo ayuda) hasta que se emita la decisión de la audiencia. Si usted solicita una audiencia imparcial y ayuda continua, dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha del sellado postal de esta notificación, se reestablecerá el cuidado infantil y no se modificará hasta que se emita la decisión de la misma. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, usted deberá todos los pagos de cuidado infantil que no debió haber recibido. Nosotros debemos recuperar todos los sobrepagos por cuidado infantil. Debemos entablar una demanda en su contra por todo el cuidado infantil que haya recibido y al cual no tenía derecho, lo que podrá cobrarse mediante la reducción de beneficios de cuidado infantil futuros, el pago del monto total en cuotas o mediante una acción judicial. Si desea evitar esta posibilidad, puede marcar la casilla siguiente. También puede indicar por teléfono o correspondencia que no quiere el restablecimiento del cuidado infantil.
<input type="checkbox"/> No deseo que mis beneficios continúen hasta que se emita la decisión de la audiencia.
Firma del Cliente: _____ / / _____ FECHA:

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtenerla por medio de la Sociedad de Asistencia Legal local (*Legal Aid Society*) u otro ente de asistencia legal. Podrá encontrar la Sociedad de Asistencia Legal o el ente de asistencia legal más cercana en la sección de "Abogados" (lawyers) de las Páginas Amarillas, haciendo una búsqueda en el Internet o llamando al número que se indica en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Tiene derecho a ver el expediente de su caso y a recibir copias gratuitas de los documentos que la agencia incluirá como pruebas y otros documentos necesarios para prepararse para la audiencia. Para examinar su expediente o recibir copias de los documentos del mismo, puede comunicarse telefónicamente o escribir a Acceso a Registros al número o dirección que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación. Si desea recibir los documentos por correo, debe solicitarlo específicamente. Debe solicitar los documentos con anticipación. Los recibirá dentro de un plazo razonable antes de la fecha de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo ver su expediente o cómo obtener copias de documentos, llámenos o escríbanos a los números telefónicos o a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.