

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

AVIS D'INTENTION D'INTERROMPRE LES ALLOCATIONS DE SERVICE DE GARDERIE

DATE DE L'AVIS / /		DATE DE CLÔTURE EN VIGUEUR : / /		NOM ET ADRESSE DE L'AGENCE, DU CENTRE OU DU BUREAU DE DISTRICT	
NUMÉRO DU DOSSIER		NUMÉRO CIN			
NOM DU DOSSIER (et nom du responsable du dossier, le cas échéant) ET ADRESSE					
				NUMÉRO DE TÉLÉPHONE GÉNÉRAL POUR POSER DES QUESTIONS OU OBTENIR DE L'AIDE	
				OU Commission	
				Informations sur l'audition équitable et assistance	
				Accès au dossier	
				1 800 342 3334	
				Informations sur l'aide juridique	
N° DE BUREAU	N° DE L'UNITÉ	N° DE L'AGENT(E)	NOM DE L'UNITÉ OU DE L'AGENT(E)	N° DE TÉLÉPHONE DE L'AGENT(E) () -	
Le présent avis vous informe que votre dossier d'allocations de service de garderie sera clôturé le (date) ___/___/____. Vous n'êtes pas admissible aux allocations de service de garderie pour les services fournis après _____					
Commentaires :					
VOUS AVEZ DROIT À UNE COMMISSION OU À UNE AUDITION POUR FAIRE APPEL DE CETTE DÉCISION. LISEZ LE VERSO DE CET AVIS POUR SAVOIR COMMENT DEMANDER UNE COMMISSION OU UNE AUDITION POUR FAIRE APPEL DE CETTE DÉCISION.					
Le motif de cette décision est le suivant :					
<input type="checkbox"/> Le revenu brut de votre foyer est supérieur à 300 % du revenu de référence de l'État ou à 85 % du revenu médian de l'État, qui est le revenu maximal autorisé par la réglementation de l'État de New York pour bénéficiaire de l'aide à la garde d'enfants, lors de la demande initiale ou lorsque l'admissibilité est déterminée à nouveau (tous les 12 mois). Le revenu mensuel brut de votre foyer de _____ \$ dépasse le revenu mensuel maximal de _____ \$ pour un foyer de _____ personnes. <i>*(Pour en savoir plus, veuillez consulter l'annexe ci-jointe.)</i>					
<input type="checkbox"/> Le revenu brut de votre foyer est supérieur à 85 % du revenu médian de l'État, qui est le revenu maximal autorisé par la réglementation de l'État de New York pour bénéficiaire de l'aide à la garde d'enfants pendant la période d'admissibilité de 12 mois. Le revenu mensuel brut de votre foyer de _____ \$ dépasse le revenu mensuel maximal de _____ \$ pour un foyer de _____ personnes. <i>*(Pour en savoir plus, veuillez consulter l'annexe ci-jointe.)</i>					
<input type="checkbox"/> Dans le cadre du programme, vous n'êtes pas admissible aux services de garderie parce que : _____					
<input type="checkbox"/> Vous ne nous avez pas fourni les informations que nous avons demandées pour déterminer le maintien de votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants. Sans ces informations, nous n'avons pas été en mesure de déterminer votre admissibilité à cette aide. _____					
<input type="checkbox"/> Autre : _____					
La ou les LOIS OU RÉGLEMENTATIONS qui nous autorisent à prendre cette décision sont les suivantes : _____					

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de votre Département des services sociaux (Department of Social Services) local, vous pouvez demander une commission ou une audition équitable.

1. **COMMISSION** : vous avez le droit de demander une commission avec votre Département des services sociaux local pour examiner la décision. Si vous souhaitez la mise en place d'une commission, vous devez en faire la demande DÈS QUE POSSIBLE, car le résultat de la commission peut avoir une incidence sur votre décision de demander une audition équitable. Si vous souhaitez bénéficier d'une audition équitable et que vos allocations de service de garderie restent inchangées (maintien de l'aide) jusqu'à ce que la décision de l'audition équitable soit rendue, vous devez demander une audition équitable avant la DATE DE CLÔTURE EN VIGUEUR figurant à la première page de cet avis. Demander simplement une commission ne suffit pas pour que vos allocations soient maintenues. Lors de la commission, vous pouvez présenter des informations pour démontrer pourquoi vous pensez que la décision de l'agence n'est pas correcte.

Vous pouvez demander une commission de l'une des manières suivantes :

(1) **Par téléphone** : () - (VEUILLEZ VOUS MUNIR DU PRÉSENT AVIS LORSQUE VOUS APPELEZ.)

(2) **Par courrier** : cochez la case ci-dessous et envoyez le formulaire par courrier à l'adresse _____ suivante :
 Veuillez en conserver un exemplaire.

Je souhaite bénéficier d'une commission. Je conteste la décision de l'agence. Vous pouvez expliquer sur une feuille volante les raisons de votre contestation, mais vous n'êtes pas obligé(e) de fournir une explication par écrit.

2. **AUDITION ÉQUITABLE** : vous avez le droit de demander une audition équitable pour faire appel de la décision du Département des services sociaux local. Si vous souhaitez bénéficier d'une audition équitable, vous disposez de 60 JOURS à compter de la DATE DE L'AVIS, figurant à la première page, pour en faire la demande. Si vous ne souhaitez pas que vos allocations de service de garderie soient modifiées jusqu'à ce que la décision de l'audition équitable soit rendue, vous devez demander une audition équitable avant la DATE DE CLÔTURE EN VIGUEUR figurant à la première page de cet avis. Vous n'êtes pas obligé(e) de demander une commission avant de demander une audition équitable.

Vous pouvez demander à conserver vos allocations de service de garderie jusqu'à ce qu'une décision d'audition équitable soit rendue. Si vous demandez le maintien de vos allocations jusqu'à ce qu'une décision d'audition équitable ait été rendue, et que vous perdez cette dernière, vous aurez bénéficié d'un trop-perçu. Le Département des services sociaux local cherchera à récupérer le trop-perçu auprès de vous en réduisant les allocations de service de garderie à venir, en percevant un paiement forfaitaire ou des paiements échelonnés, ou en intentant une action en justice.

Vous pouvez demander une audition équitable de l'une des manières suivantes :

(1) **Par téléphone** : 1 800 342 3334. (VEUILLEZ VOUS MUNIR DU PRÉSENT AVIS LORSQUE VOUS APPELEZ.)

(2) **En ligne** : pour envoyer votre demande d'audition équitable en ligne, rendez-vous sur <https://otda.ny.gov/hearings/>, cliquez sur les liens pour demander une audition équitable à l'aide du formulaire en ligne, puis suivez les instructions pour remplir et envoyer ce dernier.

(3) **Par courrier** : cochez la case et remplissez les informations ci-dessous. Envoyez le formulaire à l'adresse suivante : New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. Veuillez en conserver un exemplaire.

(4) **Par télécopie** : cochez la case et remplissez les informations ci-dessous. Transmettez les deux côtés de ce formulaire par télécopie au (518) 473 6735.

Je souhaite bénéficier d'une audition équitable. Je conteste la décision de l'agence. Vous pouvez expliquer sur une feuille volante les raisons de votre contestation, mais vous n'êtes pas obligé(e) de fournir une explication par écrit.

Sélectionnez une option.

N'interrompez pas mes allocations de service de garderie tant que la décision de l'audition équitable n'a pas été rendue.

Interrompez mes allocations de service de garderie à la date d'entrée en vigueur figurant sur cet avis, dans l'attente de la décision de l'audition équitable.

Nom : _____ District : _____
 Adresse : _____ Numéro du dossier : _____
 Numéro de téléphone : () - _____

Si vous demandez une audition équitable, l'État vous adressera un avis vous indiquant l'heure et le lieu de l'audition. Vous avez le droit de vous faire représenter par un conseiller juridique, un parent, un ami ou une autre personne, ou de vous représenter vous-même. Lors de l'audition, vous, votre avocat ou toute personne vous représentant, pourrez présenter des preuves écrites et orales pour démontrer les raisons pour lesquelles la décision proposée ne devrait pas être rendue, et pourrez également interroger toutes les personnes qui comparaissent à l'audition. Vous pouvez par ailleurs vous faire accompagner de témoins qui pourront témoigner en votre faveur. À l'audition, apportez tous les documents qui peuvent vous aider à défendre votre dossier, tels que le présent avis, des fiches de paie, des reçus, les factures de garde d'enfants, des examens médicaux, des lettres, etc.

AIDE JURIDIQUE : si vous avez besoin d'une aide juridique gratuite, vous pouvez éventuellement en obtenir une en contactant votre association d'aide juridique (Legal Aid Society) locale ou un autre groupe de défense juridique. Vous pouvez trouver l'association d'aide juridique ou le groupe de défense le plus proche en effectuant une recherche en ligne à l'aide de mots clés tels que votre comté de résidence et « Legal Aid Society » (association d'aide juridique) ou « Advocate Group » (groupe de défense), en consultant la section « Lawyers » (Avocats) des Pages jaunes ou en appelant le numéro indiqué en première page du présent avis.

ACCÈS À VOTRE DOSSIER ET AUX EXEMPLAIRES DES DOCUMENTS : pour vous aider à vous préparer à l'audition, vous avez le droit de demander à consulter votre dossier. Si vous nous téléphonez ou nous envoyez une demande par écrit, nous vous fournirons gratuitement un exemplaire des documents constituant le dossier, que nous transmettrons à l'agent lors de l'audition. Pour demander la transmission de documents ou pour savoir comment consulter votre dossier, appelez le numéro d'accès aux dossiers figurant en haut de la première page de cet avis ou écrivez-nous à l'adresse postale indiquée au même endroit. De même, si vous nous appelez ou nous écrivez, nous vous fournirons gratuitement un exemplaire des autres documents du dossier dont vous pourriez avoir besoin pour vous préparer à votre audition équitable. Pour obtenir un exemplaire des documents de votre dossier, pensez à faire votre demande à l'avance. Ils vous seront transmis dans un délai raisonnable avant la date de l'audition. Les documents vous seront adressés par courrier postal **uniquement** si vous en faites la demande expresse.

INFORMATIONS : pour obtenir des informations complémentaires sur votre dossier ou sur les modalités d'exercice de votre droit à une commission ou à une audition équitable, sur la consultation de votre dossier ou sur l'obtention d'autres exemplaires de documents, appelez le numéro de téléphone figurant en haut de la première page de cet avis ou écrivez-nous à l'adresse indiquée au même endroit.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

**ANNEXE À L'AVIS D'INTENTION
D'INTERROMPRE LES ALLOCATIONS DE SERVICE DE GARDERIE/CALCUL DE
L'ADMISSIBILITÉ FINANCIÈRE**

Date d'entrée en vigueur : / /

Nom du dossier : _____ Numéro du dossier : _____

Nous avons déterminé que vous n'êtes plus admissible aux allocations de service de garderie. Le revenu mensuel brut de votre foyer est de _____ \$ _____.

Il est supérieur à 300 % du revenu de référence de l'État ou à 85 % du revenu médian de l'État, le revenu mensuel brut maximal de la nouvelle détermination d'admissibilité, de _____ \$ _____ pour un foyer de _____ personnes.

Il est supérieur à 85 % du revenu médian de l'État, le revenu maximal pendant la période d'admissibilité de 12 mois. _____ \$ _____ pour un foyer de _____ personnes.

Veillez vérifier les informations ci-dessous. Si vous constatez une erreur, contactez la personne responsable de votre dossier figurant à la première page de cet avis. Une erreur pourrait signifier que la décision prise concernant vos allocations n'est pas correcte.

Votre foyer compte-t-il un enfant ayant des besoins spéciaux ? Oui Non **Si vous avez un enfant ayant des besoins spéciaux et qui nécessite un service de garderie, vous pouvez avoir reçu cet avis par erreur. Contactez la personne responsable de votre dossier figurant à la première page de cet avis afin de déterminer si votre dossier a été clôturé par erreur.**

Le revenu mensuel brut de votre foyer a été déterminé à partir des sources suivantes :		
<input type="checkbox"/>	Salaires ou traitements (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) avant impôts d'un montant de :	\$ _____ par mois.
<input type="checkbox"/>	Sécurité sociale (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) d'un montant de :	\$ _____ par mois.
<input type="checkbox"/>	Pension alimentaire (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) d'un montant de :	\$ _____ par mois.
<input type="checkbox"/>	<i>*Autres revenus non mentionnés ci-dessus tels que définis dans la réglementation de l'État de New York 18 NYCRR §404.5(b)(5) d'un montant de :</i>	\$ _____ par mois.
	Revenu mensuel brut total de votre foyer :	\$ _____ par mois.

Vous trouverez ci-dessous les niveaux de revenu médian de l'État et de revenu de référence de l'État utilisés par le district pour déterminer votre admissibilité aux allocations de service de garderie. Afin de déterminer l'admissibilité aux allocations de service de garderie, le revenu mensuel brut de votre foyer en fonction de la taille de celui-ci a été comparé à 85 % du revenu médian de l'État et à 300 % du revenu de référence de l'État. Pendant la période d'admissibilité de 12 mois, le revenu brut de votre foyer ne doit pas être supérieur à 85 % du revenu médian de l'État.

Taille du foyer	300 % du revenu de référence de l'État (State Income Standard, SIS)	85 % du revenu médian de l'État (State Median Income, SMI)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

**Les autres revenus non mentionnés ci-dessus et définis dans la réglementation de l'État de New York 18 NYCRR 404.5(b)(5) sont notamment : le revenu net pour un travail indépendant non agricole, c'est-à-dire les recettes brutes moins les dépenses provenant de sa propre entreprise, de son entreprise professionnelle ou de son partenariat ; le revenu net d'un travail indépendant agricole, c'est-à-dire les recettes brutes moins les dépenses d'exploitation provenant de l'exploitation d'une exploitation agricole par une personne pour son propre compte, en tant que propriétaire, locataire ou métayer ; les dividendes, les intérêts (sur l'épargne ou les bons du Trésor), les revenus des successions ou des fiducies, les revenus locatifs nets ou les redevances ; les paiements d'aide publique (Public Assistance, PA) ou d'aide sociale (par exemple, PA, SSI et aide à domicile) ; les pensions et les rentes (par exemple, pensions ou allocations de retraite versées à une personne retraitée ou à ses survivants) ; les indemnités de chômage ou d'accident du travail ; les prestations compensatoires ; ou les pensions d'ancien combattant.*

**Le revenu mensuel brut de votre foyer est de _____ \$ pour un foyer de _____
personnes. Il dépasse le revenu maximal de _____ \$.**

Pour en savoir plus, consultez le Plan des services à l'enfance et à la famille (Child and Family Services Plan) du district sur le site <https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> en complément des informations figurant sur cet avis.