

ولاية نيويورك  
مكتب خدمات الأطفال والأسرة (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
رفض طلبك للحصول على مخصصات رعاية الطفل

اسم وعنوان الوكالة/المركز أو مكتب المنطقة		تاريخ الإخطار		
		رقم معرف هوية العميل (Client Identification Number, CIN)	رقم الحالة	
		اسم الحالة (واسم مستلم الإخطار إن وجد) والعنوان		
رقم الهاتف العام المخصص لتلقي الأسئلة أو تقديم المساعدة				
أو عقد اجتماع مع الوكالة				
1-800-342-3334		للحصول على المعلومات والمساعدة بشأن جلسات الاستماع العادلة الوصول إلى السجلات الحصول على معلومات بشأن المساعدة القانونية		
رقم هاتف الموظف ( ) -	اسم الوحدة أو اسم الموظف	رقم الموظف	رقم الوحدة	رقم المكتب
إن طلبك بتاريخ / / الخاص بالحصول على مخصصات رعاية الطفل قد رُفِض، وسبب (أسباب) رفض طلبك موضح أدناه.				
التعليقات:				
يحق لك عقد اجتماع و/أو جلسة استماع للطعن على هذا القرار.				
أحرص على قراءة الوجه الخلفي من هذا الإخطار للتعرف على كيفية طلب عقد اجتماع و/أو جلسة استماع للطعن على هذا القرار.				
أنت غير مؤهل لتلقي المخصصات للأسباب التالية:				
<input type="checkbox"/> الدخل الإجمالي لأسرتك يتجاوز 300% من معيار الدخل الخاص بالولاية أو 85% من متوسط الدخل الخاص بالولاية، وهو الحد الأقصى للدخل الذي تسمح به لوائح ولاية نيويورك لتكون مؤهلاً للحصول على مساعدة رعاية الطفل. إجمالي الدخل الشهري لأسرتك البالغ دولار يتجاوز الحد الأقصى للدخل الشهري البالغ دولار أسرة مكونة من أفراد.				
* (يرجى الاطلاع على الملحق المرفق للحصول على معلومات إضافية.)				
<input type="checkbox"/> لم تقدم لنا الوثائق التالية:				
<input type="checkbox"/> وفقاً للبرنامج فإنك غير مؤهل للحصول على مساعدة رعاية الطفل للأسباب التالية:				
<input type="checkbox"/> نظراً لعدم كفاية التمويل، لا تفتح المنطقة أيًا من الحالات في الوقت الراهن.				
<input type="checkbox"/> أسباب أخرى:				
القانون (القوانين) و/أو اللائحة (اللوائح) التي تتيح لنا القيام بذلك هو:				

إذا كنت لا توافق على قرار إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية في منطقتك، يمكنك طلب عقد اجتماع و/أو جلسة استماع عادلة.

1. **الاجتماع:** يحق لك عقد اجتماع مع إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية في منطقتك لمراجعة القرار. وإذا كنت ترغب في عقد اجتماع، ينبغي أن تطلب ذلك في أقرب وقت ممكن، لأن نتيجة الاجتماع قد تؤثر على قرارك بطلب عقد جلسة استماع عادلة. وخلال الاجتماع، يمكنك تقديم معلومات توضح سبب اعتقادك أن الإجراء الذي اتخذته الوكالة غير صحيح.

يمكنك أن تطلب عقد اجتماع عن طريق:

(1) الاتصال: - ( ) (يُرجى أن يكون هذا الإخطار معك عند الاتصال).

(2) المراسلة الكتابية: حدد المربع أدناه وأرسل عبر البريد إلى

يُرجى الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

أرغب في عقد اجتماع. وذلك لأنني لا أوافق على الإجراء الذي اتخذته الوكالة. يمكنك أن تشرح في ورقة منفصلة سبب عدم موافقتك، ولكن لا يتعين عليك تضمين تفسير كتابي.

2. **جلسة استماع عادلة:** يحق لك طلب عقد جلسة استماع عادلة للطعن على قرار إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية. إذا كنت ترغب في طلب عقد جلسة استماع عادلة، فليدك 60 يومًا من تاريخ الإخطار، الموجود في الوجه الأمامي، لتقديم طلبك. ويمكنك طلب عقد جلسة استماع عادلة دون طلب عقد اجتماع.

يمكنك أن تطلب عقد جلسة استماع عادلة عن طريق:

(1) الاتصال الهاتفي: 1-800-342-3334 (يُرجى أن يكون هذا الإخطار معك عند الاتصال).

(2) الإنترنت: لإرسال طلب عقد جلسة الاستماع العادلة الخاص بك عبر الإنترنت، توجه إلى الموقع الإلكتروني <https://otda.ny.gov/hearings/> وانقر على الروابط لطلب عقد جلسة استماع عادلة باستخدام نموذج عبر الإنترنت، واتبع التعليمات لتكامل النموذج وترسله عبر الإنترنت.

(3) المراسلة الكتابية: حدد المربع وأكمل المعلومات أدناه، وأرسلها عبر البريد إلى New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. يُرجى الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

(4) الفاكس: حدد المربع وأكمل المعلومات أدناه وأرسل وجهي هذا النموذج عبر الفاكس إلى 473-6735 (518).

أرغب في عقد جلسة استماع عادلة. وذلك لأنني لا أوافق على الإجراء الذي اتخذته الوكالة. يمكنك أن تشرح في ورقة منفصلة سبب عدم موافقتك، ولكن لا يتعين عليك تضمين تفسير كتابي.

الاسم:	_____	المنطقة:	_____
العنوان:	_____	رقم الحالة:	_____
	_____	رقم الهاتف:	_____ - ( )

إذا طلبت عقد جلسة استماع عادلة، فسُترسل لك الولاية إخطارًا يبلغك بوقت جلسة الاستماع ومكانها. ويحق لك أن يُملك مستشار قانوني أو أحد الأقرباء أو الأصدقاء أو أي شخص آخر أو أن تمثل نفسك. وفي جلسة الاستماع، ستتاح لك أو لمحاميك أو ممثل آخر لك الفرصة لتقديم أدلة كتابية وشفهية لتوضيح السبب الذي يبرر عدم اتخاذ الإجراء، وبالإضافة إلى فرصة استجواب أي شخص يحضر جلسة الاستماع. ويحق لك أيضًا إحضار شهود للتحدث لصالحك. وينبغي أن تُحضر أي وثائق إلى جلسة الاستماع مثل هذا الإخطار، كعرب شيكات الأجر، الإيصالات، فواتير رعاية الطفل، الإثباتات الطبية، الخطابات، إلخ، التي قد تكون مفيدة في عرض حالتك.

**المساعدة القانونية:** إذا كنت بحاجة إلى مساعدة قانونية مجانية، فقد تتمكن من الحصول على هذا النوع من المساعدة عن طريق التواصل مع جمعية المساعدة القانونية (Legal Aid Society) المحلية في منطقتك أو مجموعة الدعم القانوني الأخرى. ويمكنك تحديد موقع أقرب جمعية مساعدة قانونية أو مجموعة دعم قانوني من خلال مراجعة دليل الصفحات الصفراء (Yellow Pages) تحت عنوان "المحامون" أو عن طريق الاتصال على الرقم المشار إليه في الصفحة الأولى من هذا الإخطار.

**الوصول إلى الملف الخاص بك والحصول على نسخ من الوثائق:** لمساعدتك في الاستعداد لجلسة الاستماع، يحق لك الاطلاع على ملف حالتك. إذا اتصلت بنا أو راسلنا كتابيًا، فسندعم لك نسخًا مجانية من الوثائق الموجودة في ملفك التي سنقدمها إلى مسؤول جلسة الاستماع في جلسة الاستماع العادلة. ولطلب الحصول على وثائق أو لمعرفة كيفية الاطلاع على ملفك، اتصل بنا على رقم الهاتف الخاص بالوصول إلى السجلات المشار إليه في أعلى الصفحة الأولى من هذا الإخطار أو راسلنا كتابيًا على العنوان المذكور أعلى الصفحة الأولى من هذا الإخطار. وكذلك، إذا اتصلت بنا أو راسلنا كتابيًا، فسندعم لك نسخًا مجانية من الوثائق الأخرى الموجودة في ملفك، التي قد تحتاج إليها للتحضير لجلسة الاستماع العادلة. إذا كنت ترغب في الحصول على نسخ من وثائق موجودة في ملف حالتك، ينبغي أن تطلبها بشكل مسبق. وسنقدم إليك خلال فترة زمنية معقولة قبل تاريخ انعقاد جلسة الاستماع. وسنرسل الوثائق إليك عبر البريد فقط إذا طلبت أن تُرسل إليك عبر البريد على وجه التحديد.

**معلومات:** إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول حالتك أو التعرف على كيفية طلب عقد اجتماع أو جلسة استماع عادلة أو كيفية الاطلاع على ملف حالتك أو كيفية الحصول على نسخ إضافية من الوثائق، فاتصل بنا على أرقام الهواتف المدرجة في أعلى الصفحة الأولى من هذا الإخطار أو راسلنا كتابيًا على العنوان المذكور أعلى الصفحة الأولى من هذا الإخطار.

مكتب خدمات الأطفال والأسرة (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
ملحق رفض طلبك للحصول على مخصصات رعاية الطفل/حساب الأهلية المالية

تاريخ السريان: / /

اسم الحالة:

رقم الحالة:

دولار

لقد قررنا أنك لست مؤهلاً للحصول على مخصصات رعاية الطفل. إجمالي الدخل الشهري لأسرتك هو

هذا يتجاوز 300% من معيار الدخل الخاص بالولاية أو 85% من متوسط الدخل الخاص بالولاية، الحد الأقصى لإجمالي الدخل الشهري للحصول على الأهلية الأولية البالغ \_\_\_\_\_ دولار لأسرة مكونة من \_\_\_\_\_ أفراد.

يرجى التحقق من المعلومات الواردة أدناه. فإذا وجدت فيها خطأ ما، فتواصل مع الموظف المسؤول عن حالتك المدرج في الصفحة الأولى من هذا الإخطار. وإذا كان هناك خطأ بالفعل، فقد يعني ذلك أن القرار الذي اتخذ بشأن مخصصاتك غير صحيح.

يوجد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يقيم في منزلك.  نعم  لا إذا كان لديك طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة ممن يحتاجون إلى تلقي خدمات رعاية الطفل، فربما تكون قد تلقيت هذا الإخطار عن طريق الخطأ. تواصل مع الموظف المسؤول عن حالتك المشار إليه في الصفحة الأولى من هذا الإخطار لتحديد ما إذا تم رفض حصولك على مخصصات رعاية الطفل عن طريق الخطأ.

قد تُحدّد إجمالي الدخل الشهري لأسرتك من المصادر التالية:		
<input type="checkbox"/>	الأجور أو الراتب (الباب 18 من قانون NYCRR القسم (i)(5)(b)(404.5) قبل خصم الضرائب، بمبلغ:	دولار في الشهر.
<input type="checkbox"/>	دخل الضمان الاجتماعي (الباب 18 من قانون NYCRR القسم (iv)(5)(b)(404.5) بمبلغ:	دولار في الشهر.
<input type="checkbox"/>	نفقة الطفل (الباب 18 من قانون NYCRR القسم (xi)(5)(b)(404.5) بمبلغ:	دولار في الشهر.
	*مصدر دخل آخر غير مذكور أعلاه كما هو محدد في لائحة ولاية نيويورك	
<input type="checkbox"/>	الباب 18 من قانون NYCRR القسم (5)(b)(404.5) بمبلغ:	دولار في الشهر.
	إجمالي الدخل الشهري الكلي لأسرتك هو:	
		دولار في الشهر.

فيما يلي معايير الدخل الشهري التي تستخدمها المنطقة لتحديد أهليتك للحصول على مخصصات رعاية الطفل. ولتحديد أهليتك للحصول على مخصصات رعاية الطفل، تمت مقارنة إجمالي الدخل الشهري لأسرتك بالنسبة لعدد أفراد أسرتك بـ 300% من معيار الدخل الشهري الخاص بالولاية وبـ 85% من متوسط الدخل الخاص بالولاية. ولكي تصبح إحدى الأسر مؤهلة للحصول على مخصصات رعاية الطفل، لا يمكن أن يتجاوز دخل الأسرة مبالغ معيار الدخل الشهري الخاص بالولاية ومتوسط الدخل الشهري الخاص بالولاية المدرجة أدناه بالنسبة لعدد أفراد الأسرة.

عدد أفراد الأسرة	300% من معيار الدخل الشهري الخاص بالولاية	85% من متوسط الدخل الشهري الخاص بالولاية
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

بالنسبة للأسر المكونة من أكثر من 8 أشخاص، أضف \_\_\_\_\_ دولار لكل شخص إضافي.

يبلغ إجمالي الدخل الشهري لأسرتك \_\_\_\_\_ دولار، لأسرة مكونة من \_\_\_\_\_ أفراد. يتجاوز هذا الحد الأقصى البالغ \_\_\_\_\_ دولار.

\*مصادر الدخل الأخرى غير المذكورة أعلاه والمحددة في لائحة ولاية نيويورك (5)(b)(404.5) NYCRR 18 تُعرّف دون الحصر على ما يلي، بأنها: صافي الدخل للأعمال الحرة غير الزراعية، أي، إجمالي الإيرادات مطروحاً منها نفقات الأعمال التجارية الخاصة بالفرد، أو المؤسسات أو الشراكة المهنية؛ أو صافي الدخل من الأعمال الحرة الزراعية، أي، إجمالي الإيرادات مطروحاً منها نفقات التشغيل من تشغيل المزرعة عن طريق شخص يعمل لحسابه الخاص كمالك أو مستأجر أو مزارع مستأجر؛ أو الحصص الريحية أو دخل الفوائد (على السندات أو المندخرات) من الممتلكات أو الودائع، أو صافي دخل الإيجار أو العائدات حقوق المؤلف؛ أو المساعدة الحكومية (PA) أو مدفوعات الرعاية الاجتماعية (تتضمن مدفوعات PA مثل PA ودخل الضمان التكميلي (SSI) والإعانات المنزلية)؛ أو المعاشات والدفعات السنوية (تتضمن مخصصات المعاشات أو التقاعد المدفوعة للمتقاعدين أو وراثتهم)؛ أو تعويضات البطالة أو تعويضات العاملين؛ أو النفقة؛ أو معاشات المحاربين القدامى.

بالإضافة إلى التنويهات المدرجة في هذا الإخطار، ارجع إلى خطة خدمات الأطفال والأسرة الخاصة بالمنطقة على الرابط <https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> للحصول على معلومات إضافية.