

ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ
CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ
ՀԱՄԱՐ

ՎԱՐՉԱԵՐՁԱՆ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Ծանուցման
ամսաթիվը _____
Գործի
անվանումը _____
Համարը _____
Աշխատողի
անունը _____
Համարը _____
Հեռախոսը _____
Հասցեն _____

(ADDRESSEE)



Հարցեր ունե՞ք: Հարցրե՞ք ձեր աշխատողին:

Նահանգային լսում. դուք կարող եք լսում պահանջել, եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է: Այս էջի հետևի կողմում բացատրվում է՝ ինչպես անել դա: Ձեր նպաստները չեն կարող փոխվել, եթե դուք լսում եք պահանջում, նախքան այս գործողության իրականացումը:

CALFRESH նպաստների համար ձեր դիմումը հաստատվել է:

Ձեր նպաստների նախնական գումարը կազմում է \$ _____-ի համար: Ձեր նպաստների գումարը վկայագրման մնացած ժամանակահատվածի համար կկազմի \$ _____-ից մինչև _____:

Եթե ԴԻՍԵԼ ԵՔ ՆԱԵՎ CASH AID-Ի ՀԱՄԱՐ, և այն դեռևս չի հաստատվել, ապա ձեր CalFresh նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել առանց մեկ այլ ծանուցման, եթե ձեր cash aid-ը հաստատվի:

- Ձեր CalFresh իրավասությունը սկսում է նույն օրը, ինչ ձեր cash aid-ը:
- Ձեր առաջին ամսվա նպաստները ներառում են ավելի քան մեկ ամսվա նպաստներ ձեր դիմումի հաստատման ամսաթվի պատճառով:
- Ձեր առաջին ամսվա նպաստները հաշվարկվել են ձեր դիմումը ներկայացնելու ամսաթվից:

ՔԱՆԻ ՈՐ ԴՈՒՔ ԱՆՄԻՉԱՂԵՏ ՍՏԱՑԵԼ ԵՔ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԸ, ստուգման համար մենք ձեզանից չենք պահանջել հետևյալը՝

Դուք պետք է մեզ ստուգման համար տաք այն մինչև _____, հակառակ դեպքում ձեր CalFresh իրավասությունը կդադարեցվի: Դուք այլ ծանուցում չեք ստանա: Եթե ստուգման համար ձեր ուղարկած տվյալները փոխում են ձեր իրավասությունը կամ նպաստները, մենք կկատարենք այդ փոփոխությունները: Դուք չեք ստանա զգուշացնող ծանուցում այդ գործողության իրականացումից առաջ:

Ձեր CalFresh կենցաղը կարող է իրավասու լինել Նահանգային կոմունալ ծառայությունների աջակցության լրավճարի (State Utility Assistance Subsidy, SUAS) վճարման համար: Եթե իրավասու եք, վարչաշրջանը կպարգևի \$20.01 SUAS վճարում: Սա տարեկան մեկ անգամ արվող վճարում է, և եթե իրավասու եք, այդ գումարը կդրվի ձեր կանխիկ դրամի EBT հաշվի վրա: Եթե դուք չունեք կանխիկ EBT հաշիվ, ապա ձեզ համար կբացեն այն ձեր CalFresh EBT քարտի վրա: Դուք ոչինչ չպետք է անեք նոր քարտ ստանալու համար, սակայն կարող եք օգտվել այդ գումարից այն ծախսերի համար, որոնք այլապես ապահովագրված չեն CalFresh-ի կողմից: Այս վճարումը թույլ է տալիս վարչաշրջանին օգտագործել կոմունալ ծառայությունների ամենաբարձր հատման (Կոմունալ ծառայությունների ստանդարտ հատուցումը/Standard Utility Allowance-SUA) սննդի նպաստների համար: Կարող եք օգտագործել այս \$20.01, երբ օգտվում եք ձեր EBT քարտից: Մանրամասների համար զանգահարեք ձեր վարչաշրջանի տեղային գրասենյակ:

Կանոններ. այս կանոնները կիրառվում են.
կարող եք դրանց ծանոթանալ ձեր վեբ-էջի գրասենյակում:

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ

Դուք իրավունք ունեք դատաքննություն պահանջելու, եթե համաձայն չեք տարածաշրջանի որևէ որոշման հետ: Դուք ընդամենը 90 օր ունեք դատաքննություն պահանջելու համար: 90 օրը սկսվում է տարածաշրջանի կողմից այս ծանուցումը Ձեզ տալու կամ ուղարկելու հաջորդ օրվանից: Եթե Դուք հարգելի պատճառ ունեք, թե ինչու ի վիճակի չեք եղել դիմել դատաքննության համար 90 օրվա ընթացքում, ապա դեռ կկարողանաք դիմել դատաքննության համար: Եթե հարգելի պատճառ ներկայացնեք, դատաքննությունը կարող է նշանակվել:

Եթե դատաքննություն պահանջեք մինչև Cash Aid-ի, Medi-Cal-ի, CalFresh-ի կամ Child Care-ի որոշման ուժի մեջ մտնելը,

- Ձեր Cash Aid-ը կամ Medi-Cal-ը նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը:
- Ձեր Child Care ծառայությունները նույնը կմնան քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը:
- Ձեր CalFresh-ի նպաստները նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը կամ Ձեր արտոնագրման ժամանակաշրջանի վերջը՝ կախված այն բանից, թե որը ավելի շուտ տեղի կունենա:

Եթե դատաքննության վճիռը որոշի, որ մենք ճիշտ էինք, Դուք մեզ պարտք կլինեք Ձեր ունեցած լրացուցիչ Cash Aid-ը, CalFresh-ը կամ Child Care ծառայությունը: Արպեսզի մեզ թույլ տաք նվազեցնել կամ դադարեցնել Ձեր նպաստները մինչև դատաքննությունը, նշեք հետևյալը՝

Այո, նվազեցրեք կամ դադարեցրեք. Cash Aid-ը CalFresh-ը
 Child Care-ը

Քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննության վճիռին՝

Welfare to Work-ի համար

Կարող եք չմասնակցել գործունեություններին:

Կարող եք երեխայի խնամքի վճարումներ ստանալ աշխատանքի և այնպիսի գործունեությունների համար, որոնք տարածաշրջանի կողմից հաստատվել էին մինչև այս ծանուցումը:

Եթե մենք Ձեզ հայտնել էինք, որ Ձեր այլ օժանդակող սպասարկումների վճարումները կդադարեն, Դուք այլևս վճարումներ չեք ստանա, նույնիսկ եթե հաճախեք Ձեր գործունեություններին:

Եթե մենք Ձեզ հայտնել էինք, որ կվճարենք Ձեր այլ օժանդակող սպասարկումների համար, նրանք կվճարվեն այն գումարով և այն կարգով, որ մենք Ձեզ հայտնել ենք այս ծանուցման մեջ:

- Այս օժանդակող սպասարկումները ստանալու համար պետք է հաճախեք այն գործունեություններին, որ տարածաշրջանը Ձեզ ասել էր, որ հաճախեք:
- Եթե տարածաշրջանի վճարած օժանդակող սպասարկումների գումարը դատաքննության Ձեր սպասման ընթացքում չի բավարարում, որ Դուք մասնակցեք, ապա կարող եք դադարել գործունեությանը հաճախել:

Cal-Learn-ի համար

- Դուք չեք կարող մասնակցել Cal-Learn ծրագրին, եթե մենք Ձեզ հայտնել ենք, որ չենք կարող Ձեզ սպասարկել:
- Մենք միայն կվճարենք Cal-Learn-ի հաստատված գործունեության օժանդակող սպասարկումների համար:

ԱՅՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Medi-Cal ղեկավարված խնամքի ծրագրի անդամներ. Այս ծանուցման որոշումը կարող է Ձեզ կանխել Ձեր ղեկավարված խնամքի առողջապահական ծրագրից սպասարկումներ ստանալուն: Ձեզ թերևս հարկավոր լինի կապվել Ձեր առողջապահական ծրագրի անդամության ծառայության հետ, եթե հարցեր ունեք:

Երեխայի և/կամ բժշկական օժանդակություն. Երեխաների օժանդակության տեղական գործակալությունը անվճար կարգով կօգնի օգնություն ստանալ, նույնիսկ եթե Դուք կանխիկ փողի օգնություն չեք ստանում: Եթե նրանք այժմ օգնություն են Ձեզ համար ստանում, նրանք դա կշարունակեն մինչև որ Դուք նրանց գրավոր կերպով տեղեկացնեք, որ դադարեն: Նրանք Ձեզ կուղարկեն ներկայումս հավաքած օգնության գումարը, բայց կպահեն այն գումարը, որ պարտք եք տարածաշրջանին:

Ընտանիքի պլանավորում. Ձեր սոցալապահության գրասենյակը Ձեզ տեղեկություններ կտրամադրի, թե երբ Դուք այն խնդրեք:

Դատաքննության նշոց. Եթե Դուք դատաքննություն պահանջեք, Նահանգի դատաքննության գրասենյակը նշոց կստեղծի: Դուք իրավունք ունեք նշոցը տեսնել մինչև դատաքննությունը և Ձեր գործի վերաբերյալ տարածաշրջանի գրավոր դիրքորոշման օրինակը ստանալ առնվազն երկու օր մինչև դատաքննությունը: Նահանգը կհանձնի դատաքննության Ձեր նշոցը Մոցալապահության բաժնին և ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների և Գյուղատնտեսության բաժնիներին: **(W&I օրենքի հատված 10850 և 10950):**

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՁԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

- **Լրացրեք այս էջը:**
- Պատճենահանեք այս էջի առջևի և հակառակ կողմերը Ձեզ մտա պահելու համար:
- Եթե խնդրեք, Ձեր գործի ղեկավարը կտա Ձեզ այս էջի օրինակը:
- **Փաթեթն ուղարկեք կամ տարեք.**

ԿԱՍ

- **Զանգահարեք անվճար հեռախոսահամարով՝ 1-800-952-5253 կամ լսողության կամ խոսալու դժվարություններ ունեցողները, ովքեր գործածում են TDD՝ 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով:**

Օգնություն ստանալու համար. Ձեր դատաքննության իրավունքների կամ իրավական աջակցություն ստանալու համար կարող եք դիմել վերոհիշյալ անվճար հեռախոսահամարներով: Դուք կարող եք անվճար իրավական աջակցություն ստանալ Ձեր տեղական իրավական աջակցության կամ սոցալապահության իրավունքների գրասենյակից:

Եթե դատաքննությանը մենակ չեք ուզում գնալ, կարող եք մի ընկերոջ կամ որևէ մեկին բերել Ձեզ հետ:

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴՐԱՆՔ

Ես դատաքննություն են ցանկանում _____ տարածաշրջանի Սոցալապահության բաժնի որոշման պատճառով, որը վերաբերվում է իմ

Cash Aid-ին CalFresh-ին
 Medi-Cal-ին Այլ (թվարկեք) _____

ԱՀԱ, ԹԵ ԻՆՉՈՒ՝ _____

- Եթե լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, նշեք այստեղ և էջ ավելացրեք:
- Ինձ հարկավոր է, որ նահանգը ինձ անվճար թարգմանիչ տրամադրի: (Ազգականը կամ ընկերը չեն կարող թարգմանել Ձեզ համար դատաքննության ժամանակ):

Իմ լեզուն կամ բարբառն է. _____

ԱՅՆ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՒՄՆԴԱՍՏԸ ՄԵՐԺԿԵԼ Ե ԿԱՄԴԱՐԱՐԵՑՎԵԼ		
ՕՆՆՅԱՆ ԹԻՎ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆՎԵՔՍ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՄԱԹԻՎ	
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒԴԹԸ ԼՐԱՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ	

Ես ցանկանում եմ, որ ներքևում նշված անձը ներկայացնի ինձ այս դատաքննությանը: Ես թույլտվություն եմ տալիս այս անձին տեսնել իմ գրանցումները կամ իմ համար գնալ դատաքննության: (Այս անձը կարող է ընկեր կամ ազգական լինել, բայց չի կարող թարգմանել Ձեզ համար:)

ԱՆՈՒՆ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆՎԵՔՍ