CALFRESH ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՎԿԱՅԱԿԱՆԻ ԺԱՄԿԵՏԻ ԱՎԱՐՏՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ԱՅՆ ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ, ՈՐՏԵՂ ԲՈԼՈՐ ՉԱՓԱՀԱՍՆԵՐԸ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ ԱՆՁԻՆՔ ԵՆ

ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ՝

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

Ծանուցման թվականը՝ _____

Գործի անվանումը՝ _____

Գործի համարը՝ _____

Սոցիալական աշխատողի անունը՝ _____

Սոցիալական աշխատողի համարը՝ _____

Հեռախոսահամարը՝ _____

Հասցեն՝ _____

(ADDRESSEE)

Հարցե՞ր: Հարցրեք Ձեր սոցիալական աշխատողին:

Նահանգային լսումներ. Եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, կարող եք լսում պահանջել: Կարգը նկարագրված է այս էջի դարձերեսին: Հնարավոր է, որ Ձեր նպաստները չփոխվեն, եթե լսում պահանջեք նախքան այս գործողության տեղի ունենալը:

1. Ձեր CalFresh վկայագրման ժամանակաշրջանն ավարտվելու է _____-ին:
2. Հարցազրույց չի պահանջվում: Կարող եք զանգահարել հարցազրույցի համար, եթե ցանկանաք հարցազրույց անցնել: Եթե հարցազրույց եք ցանկանում, խնդրում ենք անմիջապես դիմել վարչական շրջանին: Սովորաբար, հարցազրույցներն անցկացվում են հեռախոսով, եթե չեք նախընտրում առերես հարցազրույց: Եթե հաշմանդամության պատճառով այլ պայմանավորվածություններ ձեռք բերելու կարիք ունեք, անմիջապես զանգահարեք վարչական շրջանի գրասենյակ:
3. Խնդրում ենք ամբողջովին լրացնել դիմումը և այն հանձնել վարչական շրջանին մինչև վկայագրման ժամանակաշրջանի վերջին ամսվա առաջին օրը՝ _____
4. Եթե զեկուցում եք փոփոխությունների մասին, **խնդրում ենք հաստատող փաստաթղթեր ներկայացնել** Ձեր դիմումի հետ: Ցանկացած փոփոխություն հաստատող փաստաթուղթ պետք է ներկայացվի Ձեր վկայագրման ժամանակաշրջանի ավարտից ոչ ուշ:
5. Ձեր ուղարկած տեղեկությունների հիման վրա վարչական շրջանը կարող է, այնուամենայնիվ, հարցազրույց անցկացնել Ձեզ հետ:
6. Եթե հարցազրույց խնդրեք, կամ եթե, այնուամենայնիվ, հարցազրույց պահանջվի, Դուք տեսակցության նամակ կստանաք:
7. Եթե ուզում եք առանց ընդհատման շարունակել նպաստներ ստանալ, Դուք պետք է դիմում ներկայացնեք ոչ ուշ, քան Ձեր վկայագրման ժամանակաշրջանի ավարտական ամսվա 15-րդ օրը: Եթե ուզում եք հարցազրույց անցնել, կամ եթե հարցազրույց պահանջվի, այն պետք է անցկացվի, և եկամուտը, ծախսերը կամ այլ տեղեկություններ հաստատող փաստաթղթերը պետք է ներկայացվեն վկայագրման ժամանակաշրջանի ավարտից ոչ ուշ:

ԿԱՐԵՎՈՐ ԿԱՆՈՆՆԵՐ

- Եթե CalWORKs եք ստանում և չեք կարողանում ավարտել Ձեր CalWORKs ծրագրի իրավունակության վերանայման գործընթացը, Դուք իրավունք չեք ունենա ստանալու Անցումային CalFresh նպաստներ:
- Եթե ստորև նշվածներից որևէ մեկը տեղի ունենա, հնարավոր է, որ ստիպված լինեք սպասել մինչև 30 օր, նախքան վերջնական քայլ կձեռնարկվի Ձեր վերավկայագրման դիմումի վերաբերյալ: Բացի այդ, հնարավոր է, որ միայն մասնակի նպաստներ ստանաք Ձեր նոր վկայագրման ժամանակաշրջանի առաջին ամսում: Դուք իրավունք ունեք պահանջելու դիմումի 3-օրյա մշակում (Արագացված ծառայություն), եթե առկա է օգնության ընդհատում.
  - Դուք դիմում չեք ներկայացնում մինչև Ձեր վկայագրման ժամանակաշրջանի ավարտական ամսվա 15-րդ օրը.
  - Դուք այն հարցազրույցը, որն ինքներդ էիք խնդրել, կամ որը վարչական շրջանն էր պահանջել և տեղեկացրել, չեք անցնում 10 օրվա ընթացքում նախքան վկայագրման ժամանակաշրջանի ավարտը, կամ
  - Դուք հարցազրույցի թվականից հետո 10 օրվա ընթացքում չեք ներկայացնում եկամուտը, ծախսերը կամ այլ տեղեկություններ հաստատող փաստաթղթեր.
  - Դուք մինչև Ձեր վկայագրման ժամանակաշրջանի ավարտը չեք ներկայացնում վերավկայագրման դիմումի մեջ զեկուցված փոփոխությունները հաստատող փաստաթղթեր:
- Դուք իրավունք ունեք ցանկացած ժամանակ դիմումի ձև ստանալու վարչական շրջանի սոցիալական ապահովության վարչությունից, և վարչական շրջանը պետք է ընդունի Ձեր դիմումը: Դիմումը պետք է ստորագրված լինի և պարունակի ընթեռնելի անուն, հասցե և ստորագրություն կամ նշան դնելու վկայի տվյալներ:
- Դուք կամ Ձեր լիազոր ներկայացուցիչն ունեք CalFresh նպաստների համար դիմում ներկայացնելու իրավունք՝ ձևաթղթով այն հանձնելով վարչական շրջանի սոցիալական ապահովության վարչությանը անձամբ, փոստով, հեռապատճենով կամ Ձեր վարչական շրջանում առկա այլ փոխանցման միջոցներով (էլեկտրոնային փոստ կամ առցանց էլեկտրոնային դիմում http://www.benefitscal.org հասցեով): Նպաստների տրամադրման ժամանակամիջոցը հաշվարկվում է այն թվականից, երբ դիմումը գրանցվում է վարչական շրջանի սոցիալական ապահովության վարչությունում: Ընդունելի է էլեկտրոնային ստորագրման միջոցների օգտագործմամբ ստորագրված դիմում կամ ձեռագիր ստորագրություն պարունակող և հեռապատճենով կամ էլեկտրոնային փոխանցման այլ եղանակով ուղարկված դիմում: Ձեզ 10 օր ժամանակ կտրվի, որպեսզի ներկայացնեք ցանկացած պահանջվող տեղեկություն: Խնդրում ենք տեղյակ պահել վարչական շրջանին, եթե այդ տեղեկությունը ձեռք բերելու հարցում օգնության կարիք ունենաք:

Սկզբունքներ. Գործում են այս սկզբունքները՝ CalFresh MPP, բաժիններ՝ 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61: Դուք կարող եք դրանք ուսումնասիրել ձեր սոցիալական օգնության 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: Որպեսզի 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 վճռին՝

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:

ԱՅԼ 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 սոցապահովության 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 Սոցապահովության բաժնին և ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների և Գյուղատնտեսության բաժիններին: **(W&I օրենքի հատված 10850 և 10950:)**

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՋԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

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

ԿԱՄ

- **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 սոցապահովության 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 Սոցապահովության 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 ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՐՄ ՆՊԱՍՏԸ ՄԵՐԺՎԵԼ Է ԿԱՄ ԴԱԴԱՐԵՑՎԵԼ

ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ	
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՍԱԹԻՎ
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ ԼՐԱՑՆՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ

☐ **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	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ	
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ