

CALFRESH ԾՐԱԳՐԻ ՄԻՋՎԿԿԱՅԱԳՐՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱՇՐՁԱՆՈՒՄ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԻ ԶԵԿՈՒՅՑ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ.

Քանի որ Դուք CalFresh նպաստներ եք ստանում, պարտավոր եք 10 օրվա ընթացքում զեկուցել, երբ Ձեր ընտանիքի ընդհանուր ամսական եկամուտն աճում և գերազանցում է CalFresh Եկամտի հայտարարման շեմը (Income Reporting Threshold, IRT), ինչպես նաև՝ երբ խնամարկյալներ չունեցող աշխատունակ չափահաս անձի (Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD) աշխատանքի ժամաքանակը շաբաթական 20 կամ ամսական 80 ժամից պակաս է դառնում:

Օգտագործեք այս ձևը, որպեսզի զեկուցեք CalFresh IRT-ն գերազանցող եկամտի աճը, որն ավելին է, քան ընտանիքի կազմի համար սահմանված դաշնային աղքատության մակարդակի (Federal Poverty Level, FPL) 130%-ը, ինչպես նաև զեկուցեք Ձեր վերջին «Կիսամյակային զեկուցից» (SAR 7) հետո ABAWD-ի աշխատաժամերում տեղի ունեցած փոփոխությունները:

Օգտագործեք այս ձևը, որպեսզի զեկուցեք այն փոփոխությունները, որոնք, Ձեր կարծիքով, կավելացնեն Ձեր CalFresh նպաստները: Խնդրում ենք ներկայացնել հիմնավորող փաստաթղթեր, օրինակ՝ աշխատավարձի վճարման անդորրագրեր, վճարագրերի պատճեններ, նամակներ գործակալություններից և այլն:

Եթե զեկուցում եք ծախսերում կատարված փոփոխությունների մասին, ներկայացրեք ապացույց, օրինակ՝ անդորրագրեր, չեղյալ համարված վճարագրեր, վճարված հաշիվ-ապրանքագրեր և այլն:

Սոցիալական աշխատող՝ _____ Զեռախոս՝ _____

ՊԱՐՏԱԴՐԻ ԶԵԿՈՒՑՈՒՄ IRT-Ն ԳԵՐԱԶԱՆՑՈՂ ԵԿԱՄՏԻ ՄԱՍԻՆ

ՁԵՐ ԸՆՏԱՆԻՔԻՑ ՊԱՀԱՆՁՎՈՒՄ Է ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ԶԵԿՈՒՑԵԼ ՄԻԱՅՆ ԱՅՆ ԺԱՄԱՆԱԿ, ԵՐԲ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՄՄԱԿԱՆ ՀԱՄԱՆԱՈՒ ԵԿԱՄՈՒՑԸ ԳԵՐԱԶԱՆՑՈՒՄ Է ԴԱՇՆԱՅԻՆ ԱՂՔԱՏՈՒԹՅԱՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿԻ 130%-Ը: Ձեր համախառն եկամուտը նշանակում է ամբողջ փողը, որը ստանում է Ձեր ընտանիքը, ներառյալ աշխատավարձերը հարկերի վճարումից կամ այլ պահումներից առաջ, սոցիալական ապահովագրությունը, սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտը (SSI), կանխիկ նվիրատվությունները, գործազրկության փոխհատուցումը, երեխայի ապրուստավճարը, արտադրական վնասվածքի փոխհատուցումը և այլն: **Այս փոփոխությունը պետք է զեկուցվի տեղի ունենալուց հետո 10 օրվա ընթացքում: Փոփոխության մասին չզեկուցելը կարող է հանգեցնել CalFresh նպաստների զերավճարի, որը ստիպված կլինեք փոխհատուցել:**

Դուք Ձեր IRT-ն նշել էիք, երբ հաստատվել էր Ձեր գործը: Եթե հաստատ չգիտեք, թե որքան է Ձեր IRT-ն, դիմեք ձեր վարչական շրջանի տեղական գրասենյակին: Յուրաքանչյուր ընտանիքի կազմի դաշնային աղքատության մակարդակի 130%-ին համապատասխանող համախառն եկամտի աղյուսակն ուսումնասիրելու համար այցելեք <http://www.CalFresh.ca.gov/PG3221.htm>

Փոփոխության մասին զեկուցելու համար կարող եք՝ լրացնել այս ձևը, **ստորագրել մյուս կողմում** և այն հանձնել ձեր վարչական շրջանի տեղական գրասենյակին կամ դիմել վարչական շրջանի տեղական գրասենյակին: Եթե այս ձևը լրացնելու համար օգնության կարիք ունեք, կարող եք դիմել ձեր վարչական շրջանի տեղական գրասենյակին:

Ես ուզում եմ զեկուցել, որ՝ իմ ընտանիքի ամսական համախառն եկամուտը գերազանցում է դաշնային աղքատության մակարդակի 130%-ը:

Նշեք ստացված ամսական եկամուտը՝ ըստ տեսակի.

Փողի աղբյուրը	Ո՞վ է ստացողը:	Յուրաքանչյուր ամսվա գումարը	Մա նո՞ր եկամուտ է Ձեր ընտանիքում:	Ե՞րբ է այն սկսվել:

Ընդհանուր ամսական համախառն եկամուտը կազմում է՝ \$ _____, Ակնկալում մ եք, որ Ձեր հաղորդած եկամտի փոփոխությունները նույնը կմնան: Այո Ոչ

Եթե պատասխանում եք «ոչ», խնդրում ենք պարզաբանել. _____

ՊԱՐՏԱԴԻՐ ABAWD ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Ես ուզում եմ զեկուցել իմ ընտանիքի խնամարկյալներ չունեցող աշխատունակ չափահաս անձանց (ABAWD) ժամաքանակների փոփոխությունները:

Աշխատանքի կամ վերապատրաստման դասընթացի ժամերի քանակը նվազել է շաբաթական 20 ժամից կամ ամսական 80 ժամից մինչև շաբաթական _____ ժամ կամ ամսական _____ ժամ:

Հետևյալ շաբաթում (շաբաթներում)՝ _____

Հետևյալ ամսում (ամիսներում)՝ _____

Անձի (անձանց) անունը _____ Կապը Ձեզ հետ _____

Բացատրեք, թե ինչ է տեղի ունեցել _____

ԿԱՍՏՎՈՐ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ (բոլոր ընտանիքները)

Ես ցանկանում եմ հաղորդել հետևյալ տեղեկությունները. _____

ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

ԵՍ ՀԱՍԿԱՆՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ՝ եթե ես միտումնավոր չհաղորդեմ բոլոր փաստերը կամ սխալ փաստեր ներկայացնեմ իմ եկամտի, գույքի կամ ընտանեկան դրության մասին, որպեսզի ստանամ կամ շարունակեմ ստանալ օգնություն կամ նպաստներ, ապա կարող եմ օրենքով հետապնդվել: Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ մեղադրվել քրեական հանցագործության մեջ, եթե սխալմամբ ինձ վճարվել են \$950-ից ավելի CalFresh նպաստներ:

Ես Միացյալ Նահանգների և Կալիֆոռնիա նահանգի օրենքներով կեղծ վկայության համար սահմանված պատժի ահի ներքո հայտարարում եմ, որ այս զեկույցում պարունակվող փաստերը ճշմարիտ են, ստույգ և լրիվ:

ՈՎ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐԻ ՍՏՈՐԵՎ՝	Ընտանիքի գլուխը, ընտանիքի անդամը կամ ընտանիքի լիազոր ներկայացուցիչը:		
Ստորագրություն կամ նշան	Ստորագրման թվականը	Տան հեռախոսը	Կոնտակտային հեռախոսը
Ամուսնու կամ ընտանիքի այլ չափահաս անդամի կամ լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը	Ստորագրման թվականը	Նշան դնելու վկայի, թարգմանչի կամ ձևը լրացնող այլ անձի ստորագրությունը-	Ստորագրման թվականը