

CALFRESH ՅԵՏՎՃԱՐՄԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐ ՄԻԱՅՆ ԱԴՄԻՆԻՍՏՐԱՏԻՎ ՍԵԱԼՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

ԱՆՈՒՆ	ԳՈՐԾԻ ՎՄԱՐԸ
ՀԱՍՑԵ	ԱՇԽԱՏՈՂ
	ԳՈՐԾԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ

ԺԱՄԿԵՏՆԵՐ ԵՎ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ – Վարչաշրջանի Վելֆերի բաժանմունքը Ձեր CalFresh ծրագրի նպաստների գումարներում թույլ է տվել սխալ: Դուք պետք է վճարեք CalFresh ծրագրի հավելյալ նպաստները՝ կիրառելով ներքոհիշյալ ձևերից մեկը կամ մի քանիսը:

- 1. Գումարի միանվագ վճարում** - Դուք կարող եք վճարել պարտավորության գումարը միանվագ կերպով՝ կանխիկ դրամով և/կամ CalFresh ծրագրի նպաստներով:
- 2. Նպաստի նվազեցում** - Եթե Դուք ներկայումս ստանում եք CalFresh ծրագրի նպաստներ, ապա Դուք կարող եք հետ վճարել՝ նվազեցնելով Ձեր կենցաղի նպաստները վճարման ենթակա գումարի մի մասի չափով կամ ամբողջությամբ: Հնարավոր է, դուք ցանկություն հայտնեք զրուցելու մեզ հետ նվազեցվող գումարի չափի վերաբերյալ:
- 3. Մասնակի վճարումներ** - Դուք կարող եք վճարել պարտավորության գումարն ամսական վճարումների ձևով՝ կանխիկ դրամով կամ CalFresh ծրագրի նպաստներով:
- 4. Կարգադրված վճարում**
 - Դատարանը կամ Վարչական օրենքի հարցերով դատավորը կարգադրել է Ձեզ կատարել հետվճարում ստորև նշված եղանակով: Հետվճարման սույն պայմանները չեն կարող փոփոխվել Ձեր կամ վարչաշրջանի կողմից:

Եթե մենք Ձեզ հետ դեռևս չենք քննարկել սույն Պայմանագրի պայմանները, կամ եթե Դուք դեռևս հարցեր ունեք, ապա զանգահարեք վելֆերի գանձողին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ _____:

Սույն Պայմանագիրը լրացնելուց և ստորագրելուց հետո, վերադարձրեք բոլոր օրինակները վարչաշրջանին մեր կողմից տրամադրված ծրարով: Մի ուղարկեք փոստով կանխիկ գումար կամ CalFresh-ի նպաստները սույն Պայմանագրի հետ: Վարչաշրջանի կողմից հաստատվելուց հետո, սույն Պայմանագրի ստորագրված տարբերակը կուղարկվի Ձեզ:

ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐ

Ես՝ _____, հասկանում եմ, որ սույն Պայմանագիրը կնքվում է իմ և _____ Վարչաշրջանի միջև, քանի որ ինձ հավելագրվել են CalFresh ծրագրի հավելյալ նպաստներ \$ _____ վարչաշրջանի սխալի պատճառով: Ես համաձայն եմ հետ վերադարձնել սույն գումարը ներքոհիշյալ եղանակ(ներ)ից մեկով՝

- Գումարի միանվագ վճարում
 - Ես հետ կվերադարձնեմ վճարման ենթակա \$ _____ գումարը միանվագ կանխիկ վճարումով _____ ամսաթվին:
 - Ես հետ կվերադարձնեմ վճարման ենթակա \$ _____ գումարը CalFresh-ի նպաստներից միանվագ վճարումով _____ ամսաթվին:
- Նպաստի նվազեցում
 - Ես հետ կվերադարձնեմ՝ իմ կենցաղի նպաստները \$ _____ նվազեցնելով՝ սկսած _____ ամսաթվից:
- Մասնակի վճարումներ
 - Ես հետ կվերադարձնեմ ամսական կանխիկ վճարումներով \$ _____ յուրաքանչյուր ամսվա _____ օրը՝ սկսած _____ ամսաթվից:
 - Ես հետ կվերադարձնեմ CalFresh-ի նպաստների ամսական վճարումներով \$ _____ յուրաքանչյուր ամսվա _____ օրը՝ սկսած _____ ամսաթվից:

Ինչպես նաև, ես հասկանում և իմ համաձայնությունն եմ տալիս առ այն, որ՝

- Իմ հետվճարման գրաֆիկը հիմնված է իմ՝ վարչաշրջանի կողմից սահմանված ընթացիկ վճարունակության վրա: Իմ վճարունակության որևէ փոփոխություն կարող է ազդել իմ ամսական վճարումների վրա:
- Ցանկացած փոփոխության դեպքում ես կարող եմ խնդրել վարչաշրջանին՝ փոփոխել իմ կողմից ընտրված հետվճարման տարբերակը:
- Եթե ես չկատարեմ վճարումները համաձայն ձեռք բերված պայմանավորվածության և ինձ չտրամադրվի վճարման նոր գրաֆիկ, ապա վարչաշրջանը կարող է պահանջել հետ վերադարձնել չվճարված ողջ գումարը տվյալ պահին:
- Եթե ես չվճարեմ համաձայն ձեռք բերված պայմանավորվածության և վարչաշրջանը չվճարված գումարների հետ գանձման համար իմ դեմ հայց ներկայացնի, ապա ինձանից կարող է նաև պահանջվել վճարել գումարի հավաքագրման ծախսերը, իրավապաշտպանի, ինչպես նաև դատական ծախսերը:
- Եթե ես չկատարեմ վճարումները, ապա վարչաշրջանը կարող է վերցնել իմ՝ նահանգային/դաշնային եկամտահարկի փոխհատուցումը և/կամ խնդրել դատարանին բռնագանձել իմ աշխատավարձը կամ իմ որևէ սեփականություն:
- Իմ հանդեպ կարող են իրականացվել պարտադիր հավաքագրման գործողություն(ներ), եթե վճարումը չի ստացվում մինչև նախանշված օրը և հետվճարման մասին պահանջը դառնում է չբավարարված:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՍԱԹՎ	ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ
----------------	--------	------------

To be completed by the county (Լրացվում է վարչաշրջանի կողմից):

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____ for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)