



ՎԵՐԱՎԿԱՅԱԳՐՈՒՄ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ԶԱՍԱՐ

Եթե ունեք հաշմանդամություն կամ վերավկայագրման դիմումը լրացնելու համար օգնության կարիք ունեք, տեղեկացրեք վարչաշրջանի Բարեկեցության բաժինը (Welfare Department), և որևիցե մեկը ձեզ կօգնի:

Եթե նախընտրում եք խոսել, կարողալ կամ գրել անգլերենից բացի այլ լեզվով, վարչաշրջանը ձեզ անվճար կտրամադրի որևէ մեկին:

Ինչպե՞ս շարունակեմ CalFresh ստանալ

Դուք պետք է վերավկայագրման այս դիմումը հանձնեք և հարցազրույց անցնեք, նախքան ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտը, որպեսզի շարունակեք CalFresh ստանալ: Շատ վարչաշրջաններում դուք վերավկայագրման այս դիմումը կարող եք առցանց լրացնել: Որպեսզի տեսնեք՝ արդյոք կարող եք դա անել ձեր վարչաշրջանում, թե ոչ, այցելեք <http://www.benefitscal.org/>:

ՆՇՈՒՄ. Եթե ներկայումս չունեք բժշկական ապահովագրություն և ցանկանում եք, որ վարչաշրջանն օգտագործի CalFresh-ի ձեր դիմումի տվյալները, որպեսզի ստուգի ձեր իրավասությունը Medi-Cal-ի համար, տեսեք վերավկայագրման դիմումի հարց 12-ը 3-րդ էջի վրա:

Ինչպե՞ս լրացնեմ վերավկայագրման դիմումը

Պատասխանեք վերավկայագրման դիմումի բոլոր հարցերին, եթե կարող եք: Դուք պետք է տրամադրեք առնվազն ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը, որպեսզի սկսեք ձեր վերավկայագրման գործընթացը: Կարողացեք ձեր իրավունքների և պարտավորությունների մասին միևնչև այս դիմումը լրացնելը: Ստորագրված դիմումը հանձնեք վարչաշրջանին անձամբ, փոստով, ֆաքսի միջոցով կամ առցանց:

Ի՞նչ անեմ հետո

Վարչաշրջանն այս դիմումը քննարկելու համար ձեզ հարցազրույցի ժամադրության նամակ կուղարկի: Հարցազրույցների մեծ մասը հեռախոսով է արվում, բայց, հնարավոր է, դրանք իրականացնել նաև անձամբ վարչաշրջանի գրասենյակում կամ այլ վայրում, եթե համաձայնեցվի վարչաշրջանի հետ: Եթե հաշմանդամության պատճառով կազմակերպչական այլ կարիքներ ունեք, տեղեկացրեք վարչաշրջանին: Ձեր աշխատողը կարող է օգնել ձեզ լրացնել այս դիմումը հարցազրույցի ժամանակ, եթե դուք չեք լրացրել բոլոր բաժինները կամ փոփոխություններ անելու կարիք ունեք:

Ի՞նչ է տեղի ունենում վերավկայագրման հարցազրույցի ժամանակ

Հարցազրույցի ժամանակ վարչաշրջանը կվերանայի դիմումի մեջ տրամադրված ձեր տվյալները և հարցեր կտա, որպեսզի վերավկայագրի ձեզ CalFresh-ի համար և որոշի ձեր նպաստները: Որպեսզի խուսափեք վերավկայագրման հետաձգումից, հարցազրույցի ժամանակ ներկայացրեք ցանկացած փոփոխության ապացույց: Օրինակ՝ եկամուտի փոփոխություն, միասին առևտուր կատարող/անվող անձանց քանակ, բնակության ծախսերի փոփոխություններ և այլն: Գնացեք հարցազրույցի, նույնիսկ եթե ապացույցներ չունեք: Հնարավոր է, որ վարչաշրջանն օգնի ձեզ վերավկայագրման համար անհրաժեշտ ապացույցներ գտնելու հարցում:

Ի՞նչ կլինի, եթե ես մոռանամ հանձնել վերավկայագրման այս դիմումը

CalFresh-ի համար վերավկայագրվելու համար դուք այս դիմումը պետք է հանձնեք, նախքան ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտը: Եթե ուշացնեք, ապա, հնարավոր է, նպաստներ ստանալիս ընդհատումներ կլինեն: Եթե դուք այս դիմումը հանձնեք ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտից ավելի քան 30 օր անց, ստիպված կլինեք կրկին դիմել՝ օգտագործելով լրիվ դիմումը:

CalFresh ծրագրի կանոններ էջ 1 – Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների համար:

Ի՞նչ է տեղի ունենում իմ վերավկայագրման հաստատումից հետո

Եթե դուք ժամանակին դիմեք, և վերավկայագրվեք մինչև ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտը, դուք կշարունակեք նպաստներ ստանալ ձեր Էլեկտրոնային նպաստների փոխանցման (Electronic Benefit Transfer, EBT) քարտի վրա: Շարունակեք օգտագործել ձեր EBT քարտը և նույն կնձնական նույնականացման համարը (Personal Identification Number, PIN) սնունդ գնելու համար: Եթե ձեր EBT քարտը կորել է, գողացվել կամ վնասվել է, անմիջապես զանգահարեք (877) 328-9677 հեռախոսահամարով կամ վարչաշրջան: Ձեր տարածքում EBT ընդունող խանութների ցուցակի համար խնդրում ենք այցելել <https://www.ebt.ca.gov> կամ <https://www.snapfresh.org> կայքերը:

Իրավունքներ և պարտավորություններ

Դուք իրավունք ունեք՝

- Վարչաշրջանին տալ բոլոր տվյալները, որոնք անհրաժեշտ են ձեր իրավասությունը որոշելու համար:
- Վարչաշրջանին ներկայացնել ձեր տրամադրած տվյալների ապացույցները, երբ դրա կարիքը կա:
- Չեկուցել փոփոխությունների մասին, ինչպես պահանջվում է: Վարչաշրջանը ձեզ տեղեկություններ կտրամադրի այն մասին, թե ինչ, երբ և ինչպես գեկուցել: Եթե դուք չհամապատասխանեք ձեր կենցաղային գեկուցման պահանջներին, ձեր CalFresh նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել:
- Փնտրել, գտնել և պահպանել ձեր աշխատանքը կամ մասնակցել աշխատանքի հետ կապված այլ գործունեություններին, եթե վարչաշրջանն ասի ձեզ, որ ձեր դեպքում դա պահանջվում է:
- Համագործակցել վարչաշրջանի, պետական և նահանգային անձնակազմի հետ, եթե ձեր գործն ընտրվել է վերանայման կամ քննման համար՝ վստահ լինելու համար, որ ձեր իրավասությունն ու նպաստների մակարդակը ճիշտ են որոշվել: Համագործակցության ձախողումը կարող է հանգեցնել ձեր նպաստների կորստին:
- Հետ վճարել ցանկացած նպաստ, որը ստանալու իրավասություն չէք ունեցել:

Դուք իրավունք ունեք՝

- Հանձնել դիմում CalFresh-ի համար՝ տրամադրելով միայն ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը:
- Ունենալ վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող անվճար թարգմանիչ:
- Ունենալ տվյալներ, որոնք կտաք վարչաշրջանին, և դրանք գաղտնի կպահվեն, եթե անմիջական կապ չունեն վարչաշրջանի ծրագրերի իրականացման հետ:
- Հետ վերցնել ձեր դիմումը ցանկացած պահի, մինչև վարչաշրջանը կորոշի ձեր իրավասությունը:
- CalFresh-ի համար դիմումը լրացնելու օգնություն խնդրել կամ ստանալ կանոնների բացատրությունը:
- Օգնություն խնդրել անհրաժեշտ ապացույցները ստանալու համար:
- Ստանալ քաղաքավարի, ուշադիր և հարգալից վերաբերմունք, և չենթարկվել խտրականության:
- Երբ դիմեք, վարչաշրջանի կողմից հարցազրույց անցնել խելամիտ ժամանակում, և 30 օրվա ընթացքում ունենալ որոշված իրավասություն:
- Եթե որակավորվում եք Արագացված ծառայության (Expedited Service) համար, 3 օրվա ընթացքում ստանալ CalFresh նպաստները:
- Ստանալ առնվազն 10 օր՝ վարչաշրջանին պահանջվող ապացույցները ներկայացնելու համար, որոնք անհրաժեշտ են իրավասությունը որոշելու համար:
- Գրավոր ծանուցում ստանալ առնվազն 10 օր առաջ, նախքան վարչաշրջանը կնվազեցնի կամ կդադարեցնի ձեր CalFresh նպաստները:
- Վարչաշրջանի հետ քննարկել ձեր գործը և վերանայել այն, երբ դուք խնդրեք անել դա:
- Խնդրել նահանգային լուսմներ անցկացնել 90 օրվա ընթացքում, եթե դուք համաձայն չեք ձեր CalFresh-ի գործով վարչաշրջանի իրականացրած որևէ գործողության հետ:
- Եթե դուք խնդրեք լուսմներ անցկացնել նախքան որևէ գործողություն կկատարվի ձեր CalFresh-ի գործով, ձեր CalFresh-ի նպաստները նույնը կմնան մինչև լուսմները կամ ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտը, որը որ ավելի շուտ լինի:

CalFresh ծրագրի կանոններ էջ 2 – Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների համար:

- Չարցրեք լսումների ձեր իրավունքների մասին կամ իրավական օգնություն խնդրեք անվճար 1-800-952-5253 հեռախոսահամարով, կամ լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցողների համար, ովքեր օգտագործում են TDD՝ 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք անվճար իրավական օգնություն ստանալ ձեր տեղական իրավական օգնության կամ բարեկեցության իրավունքների գրասենյակներից:
- Լսումների ժամանակ ձեզ հետ տանել որևիցե մեկին, եթե չեք ցանկանում միայնակ գնալ:
- Վարչաշրջանի կողմից աջակցություն ստանալ ընտրության գրանցվելու հարցում:
- Չեկուցել այնպիսի փոփոխությունների մասին, որոնց մասին չի պահանջվում զեկուցել, եթե դրանք կարող են ավելացնել ձեր CalFresh նպաստները:
- Ներկայացնել ձեր կենցաղային ծախսերի ապացույցները, որոնք կարող են օգնել ձեզ ավելացնել ձեր CalFresh նպաստները: Վարչաշրջանին ապացույցներ չներկայացնելը նույնն է, ինչ ասեք, որ դուք այդ ծախսերը չունեք, և դուք չեք կարողանա ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալ:
- Տեղեկացնել վարչաշրջանին, եթե ցանկանում եք, որ որևէ այլ անձ օգտագործի ձեր CalFresh նպաստները ձեր կենցաղի համար կամ օգնի ձեզ ձեր CalFresh-ի գործով (լիազորված ներկայացուցիչ):

Ծրագրի կանոնները և տուգանքները

Դուք հանցանք եք գործում, եթե տրամադրում եք կեղծ կամ սխալ տվյալներ, կամ չեք տրամադրում բոլոր տվյալները հատուկ՝ փորձելով ստանալ CalFresh նպաստներ, որոնք ստանալու իրավասությունն չունեք, կամ օգնելով որևիցե մեկին ստանալ նպաստներ, որոնք ստանալու իրավասություն նրանք չունեն: Դուք պետք է հետ վճարեք ցանկացած նպաստ, որը ստանալու իրավասություն չեք ունեցել:

Ես հասկանում եմ, որ եթե ես...	Ջնարավոր է, որ ես...
<p>Դուք մտադրված խախտում եք ծրագիրը, եթե անում եք հետևյալներից որևիցե մեկը.</p> <ul style="list-style-type: none"> • տվյալներ եք թաքցնում կամ կեղծ հայտարարություններ անում • օգտագործում եք EBT քարտեր, որոնք ուրիշին են պատկանում, կամ թույլ եք տալիս որևէ մեկին օգտագործել ձեր քարտը • օգտագործում եք CalFresh նպաստներն ակոհոլ կամ ծխախոտ գնելու համար • փոխանակում, վաճառում կամ նվիրում եք CalFresh նպաստները կամ EBT քարտերը 	<ul style="list-style-type: none"> • կորցնեմ CalFresh նպաստերը 12 ամսով առաջին հանցանքի դեպքում, և ինձնից պահանջվի վերադարձնել բոլոր այն CalFresh նպաստները, որոնք ինձ հավելյալ են վճարվել: • կորցնեմ CalFresh նպաստերը 24 ամսով երկրորդ հանցանքի դեպքում, և ինձնից պահանջվի վերադարձնել բոլոր այն CalFresh նպաստները, որոնք ինձ հավելյալ են վճարվել: • վերջնականապես կորցնեմ CalFresh նպաստները երրորդ հանցանքի դեպքում, և ինձնից պահանջվի վերադարձնել բոլոր այն CalFresh նպաստները, որոնք ինձ հավելյալ են վճարվել: • տուգանվեմ մինչև \$250,000.00, կալանավորվեմ մինչև 20 տարով կամ երկուսն էլ
<ul style="list-style-type: none"> • փոխանակում եք CalFresh նպաստները վերահսկվող կայանների հետ, օրինակ՝ թմրադեղերի 	<ul style="list-style-type: none"> • կորցնում եք CalFresh նպաստները 24 ամսով առաջին հանցանքի դեպքում • վերջնականապես կորցնում եք CalFresh նպաստները երկրորդ հանցանքի դեպքում
<ul style="list-style-type: none"> • կեղծ տվյալներ եմ հաղորդում իմ անձի և բնակության վայրի վերաբերյալ լրացուցիչ CalFresh նպաստներ ստանալու նպատակով 	<ul style="list-style-type: none"> • կորցնում եք CalFresh նպաստները 10 տարով յուրաքանչյուր հանցանքի համար
<ul style="list-style-type: none"> • դատապարտվել եք ավելի քան \$500 արժողությամբ CalFresh նպաստները փոխանակելու կամ վաճառելու համար, կամ CalFresh նպաստները հրազենի, զինամթերքի կամ պայթուցիկ կայանների հետ փոխանակելու համար 	<ul style="list-style-type: none"> • վերջնականապես կորցնում եք CalFresh նպաստները

CalFresh ծրագրի կանոններ էջ 3 – խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների համար:

Կարևոր տեղեկություն ոչ-քաղաքացիների համար. դուք կարող եք դիմել և ստանալ CalFresh նպաստներ այն մարդկանց համար, ովքեր իրավասու են, նույնիսկ եթե ձեր ընտանիքում կան մարդիկ, ովքեր իրավասու չեն: Մենդային նպաստներ ստանալը չի ազդի ձեր կամ ձեր ընտանիքի ներգաղթային կարգավիճակի վրա: Ներգաղթային տվյալներն անձնական են և գաղտնի: Նպաստների համար դիմող և իրավասու ոչ-քաղաքացիների ներգաղթային կարգավիճակը կստուգվի Միացյալ Նահանգների Քաղաքացիության և ներգաղթային ծառայությունների հետ (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS): Դաշնային օրենքում ասվում է, որ USCIS-ը չի կարող օգտագործել տվյալները որևէ նպատակով, բացի խարդախության դեպքերից:

Ջրածարում. դուք պարտավոր չեք ներկայացնել ներգաղթային տվյալներ, սոցիալական ապահովագրության համար կամ այլ փաստաթղթեր ձեր ընտանիքի որևէ ոչ-քաղաքացի անդամի համար, որը չի դիմում CalFresh նպաստների համար: Այնուամենայնիվ, վարչաշրջանը կարիք ունի իմանալու նրանց եկամտի և միջոցների մասին, որպեսզի ճիշտ որոշի ձեր կենցաղի CalFresh նպաստները: Վարչաշրջանը տեղեկություններ չի պահանջի USCIS-ից այն մարդկանց մասին, որոնք չեն դիմում CalFresh նպաստների համար:

Սոցիալական ապահովագրության համարների (Social Security Numbers, SSN) կիրառումը. ամեն ոք, ով դիմում է CalFresh նպաստների համար, պետք է ներկայացնի իր SSN, եթե ունի այն, կամ ապացույց, որ դիմել է SSN ստանալու համար (օրինակ՝ նամակ Սոցիալական ապահովագրության գրասենյակից): Վարչաշրջանը կարող է մերժել ձեզ կամ ձեր կենցաղի որևէ անդամին, ով մեզ չի տրամադրի SSN, CalFresh նպաստներ ստանալիս: Որոշ մարդիկ պարտավոր չեն տալ իրենց SSN օգնություն ստանալու համար, օրինակ՝ ընտանեկան բնության գոհերը, հանցագործության վկաները և թրաֆիքինգի գոհերը:

Գերավճար. սա նշանակում է, որ դուք ավելի շատ CalFresh նպաստներ եք ստացել, քան պետք է ստանալիք: Դուք ստիպված կլինեք դրանք հետ վերադարձնել, նույնիսկ եթե վարչաշրջանը սխալվել է, կամ դա մտադրված չի արվել: Ձեր նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել: Ձեր SSN կարող է օգտագործվել ստացված նպաստները դատարանի միջոցով, հավաքագրման այլ գործակալությունների կամ դաշնային կառավարական հավաքագրման գործողության միջոցով հետ ստանալու համար:

Չեկուցում. ձեր կենցաղը պետք է շարունակի զեկուցել այն փոփոխությունների մասին, որոնք վարչաշրջանն ասել է, որ պետք է զեկուցել: Եթե դուք չզեկուցեք դրանց մասին, ձեր նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել: Դուք կարող եք զեկուցել նաև այն դեպքերում, որոնք կարող են բարձրացնել ձեր նպաստները, ինչպես օրինակ՝ ավելի քիչ եկամուտ ստանալը:

Նահանգային լուսմներ. դուք նահանգային լուսմների իրավունք ունեք, եթե համաձայն չեք ձեր ընթացիկ նպաստների համար վերավկայագրման վերաբերյալ իրականացված որևէ գործողության հետ: Դուք կարող եք նահանգային լուսմներ խնդրել վարչաշրջանի գործողությունից 90 օրվա ընթացքում և պետք է հայտնեք լուսմներ ցանկանալու պատճառը: Վարչաշրջանի կողմից ստացված համաձայնության կամ մերժման ծանուցագիրը տեղեկություն կպարունակի այն մասին, թե ինչպես դիմել նահանգային լուսմների համար:

Խտրականության բացակայություն. նահանգային և վարչաշրջանի քաղաքականության համաձայն՝ բոլոր մարդիկ պետք է արժանանան հավասար, հարգալից և արժանապատիվ վերաբերմունքի: Համաձայն դաշնային օրենքի և Միացյալ Նահանգների գյուղատնտեսության բաժանմունքի (U.S. Department of Agriculture, USDA) քաղաքականության՝ ռասայական, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, սեռի, տարիքի, կրոնի, քաղաքական հավատալիքների կամ հաշմանդամության հիմքի վրա խտրականությունը խստորեն արգելվում է: Խտրականության համար բողոք ներկայացնելու համար կապ հաստատեք վարչաշրջանի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ, կամ կապ հաստատեք USDA-ի հետ, կամ Կալիֆորնիայի Սոցիալական ծառայությունների բաժանմունքի (California Department of Social Services, CDSS) հետ:

USDA Director, Office of Civil Rights Room
326-W, Whitten Building
1400 Independence Ave., S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (ձայնային և TDD)

CDSS Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (անվճար)

USDA-ը հավասար հնարավորություններ է տրամադրում:

CalFresh ծրագրի կանոններ էջ 4 – Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների համար:

Գաղտնիության և բացահայտման ակտ. դիմումի մեջ դուք տրամադրում եք անձնական տվյալներ: Վարչաշրջանն այդ տվյալները օգտագործում է, որպեսզի տեսնի՝ արդյոք իրավասություն ունեք նպաստներ ստանալու համար, թե ոչ: Եթե դուք չտրամադրեք պահանջվող տվյալները, վարչաշրջանը կարող է մերժել ձեր դիմումը: Դուք իրավունք ունեք վերանայել, փոխել և ուղղել ցանկացած տվյալներ, որոնք տրամադրել եք վարչաշրջանին: Վարչաշրջանը ձեր տվյալներն ուրիշներին ցույց չի տա և չի տրամադրի, մինչև որ դուք նրանց թույլ, կամ դաշնային և նահանգային օրենքը թույլ չտա նրանց անել դա: Վարչաշրջանը կստուգի այդ տվյալները համապատասխան համակարգչային ծրագրերով, ներառյալ՝ Եկամտի և շահույթի ստուգման համակարգով (Income and Earnings Verification System, IEVS): Այս տեղեկատվությունը կօգտագործվի վերահսկելու համար ծրագրի կանոնակարգերի և ծրագրի կառավարման համապատասխանությունը: Վարչաշրջանը կարող է տրամադրել այս տվյալները դաշնային և նահանգային այլ կազմակերպություններին պաշտոնական քննման համար, իրավապահ մարմիններին՝ ձերբակալելու համար այն մարդկանց, ովքեր փորձում են խուսափել օրենքից, և մասնավոր պահանջների հավաքագրման գործակալություններին՝ պահանջների հավաքագրման գործողությունների համար: Այն տվյալները, որոնք վարչաշրջանը ստանում է այս գործակալություններից, կարող են ազդել ձեր իրավասության և նպաստների մակարդակի վրա:

Գործի վերանայում. ձեր գործը կարող է ընտրվել լրացուցիչ վերանայման համար՝ վստահ լինելու համար, որ ձեր իրավասությունը ճիշտ էր հաշվարկված: Դուք պետք է լիովին համագործակցեք վարչաշրջանի, նահանգի կամ դաշնային անձնակազմի հետ ցանկացած քննության կամ վերանայման հարցում, ներառյալ՝ որակի վերահսկման համար: Վերանայման գործընթացում համագործակցության ձախողումը կարող է հանգեցնել նպաստների կորստի:

Աշխատանքի կանոններ CalFresh-ի համար. վարչաշրջանը կարող է գրանցել ձեզ պարտադիր աշխատանքային ծրագրի: Եթե դուք չմասնակցեք ծրագրին, երբ վարչաշրջանը պահանջի դա, ձեր նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել: Բացի դրանից, եթե դուք վերջերս եք ազատվել աշխատանքից, հնարավոր է, իրավասու չլինեք CalFresh-ի համար:

EBT օգտագործում. Ձեր EBT քարտի օգտագործումը ձեր, ձեր կենցաղի անդամի, ձեր լիազորված ներկայացուցչի կամ որևէ մեկի կողմից, ում դուք ինքնակամ տվել եք ձեր EBT քարտը և PIN ծածկագիրը, կհամարվի ձեր կողմից համաձայնեցված, և ցանկացած նպաստ, որ կհանվի ձեր հաշվից, չի հատուցվի:

CalFresh ծրագրի կանոններ էջ 5 – Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների համար:

ՆՇՈՒՄՆԵՐ



ՎԵՐԱՎԿԱՅԱԳՐՄԱՆ ԴԻՄՈՒՄ - ՄԻԱՅՆ CALFRESH ԿԵՆՑԱՂՆԵՐ

Ձեր նպաստները ժամանակին, առանց դադարի, ստանալու համար խնդրում ենք լրացնել, ստորագրել, նշել ամսաթիվը և այս դիմումը վարչաշրջանին վերադարձնել՝ տրամադրելով ձեր հանգամանքների ապացույցները, **նախքան** ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտը: Տվյալներն անհրաժեշտ է ներկայացնել մինչև այդ օրը, քանի որ մենք կարիք կունենանք ձեզ հետ հարցազրույց անցկացնել վերավկայագրման ավարտելու համար: Մենք **միայն** ցանկանում ենք իմանալ այն **փոփոխությունների** մասին, որոնք ձեր կենցաղում կատարվել են վարչաշրջանին վերջին անգամ տվյալներ հաղորդելուց հետո: Մեզ պետք է **առնվազն** ձեր անունը, ստորագրությունը, հասցեն և ամսաթիվը նշած դիմումը, որպեսզի սկսենք CalFresh-ի վերավկայագրումը:

Գործի անունը՝ _____ Գործի համարը՝ _____

1. Որևէ մեկը տեղափոխվել է ձեր տուն կամ հեռացել է այնտեղից (ներառյալ նորածին երեխաները): Այո Ոչ (Եթե այո, ապա լրացրեք ներքևի հատվածը)

Տեղափոխության ամսաթիվ (ամիս/օր/տարի)	Անուն (Անուն, միջին անուն, ազգանուն)	Ծննդյան ամսաթիվը	Բարեկամությունը ձեզ հետ՝	Կանոնավոր կերպով միասին գնումներ կատարում ու սնունդ պատրաստում եք:
<input type="checkbox"/> Ներս <input type="checkbox"/> Դուրս / /		/ /		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
<input type="checkbox"/> Ներս <input type="checkbox"/> Դուրս / /		/ /		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
<input type="checkbox"/> Ներս <input type="checkbox"/> Դուրս / /		/ /		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

2. Դուք կարող եք լիազորել 18 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի ինչ-որ մեկին, որպեսզի օգնի ձեր կենցաղին ձեր CalFresh նպաստների հարցում: Այս անձը կարող է նաև խոսել ձեր անունից հարցազրույցի ընթացքում, օգնել ձեզ լրացնել ձևաթղթերը, գնումներ կատարել ձեզ հետ և փոփոխություններ գեկուցել: Դուք պետք է հետ վճարեք որևէ նպաստներ, որոնք սխալմամբ եք ստացել՝ վարչաշրջանին այս անձի կողմից տրված տեղեկությունների պատճառով, իսկ որևէ նպաստներ, որոնք դուք չէիք ցանկանում, որ նա ծախսի, այլևս չեն փոխհատուցվի: Եթե դուք Լիազորված ներկայացուցիչ եք, ապա դուք պետք է վարչաշրջանին տրամադրեք ձեր ու դիմորդի անձը հաստատող փաստաթղթեր:

Դուք արդյո՞ք ցանկանում եք նշանակել որևէ մեկին ձեր CalFresh գործի հարցում ձեզ օգնելու նպատակով: Այո Ոչ
Եթե այո, լրացրեք հետևյալ հատվածը՝

ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻ ԱՆՈՒՆ	ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻ ԳԵՌԱՆՈՍԱԳԱՄԱՐ
------------------------------	--------------------------------------

Դուք արդյո՞ք ցանկանում եք նշանակել որևէ մեկին, ով կարող է ստանալ ու ծախսել ձեր CalFresh նպաստները ձեր կենցաղի համար: Այո Ոչ
Եթե այո, լրացրեք հետևյալ հատվածը՝

ԱՆՈՒՆ	ԳԵՌԱՆՈՍԱԳԱՄԱՐ
ԳԱՍՑԵ	ԶԱՐԱՑ
	ՆԱԳԱՆԳ
	ՓՈՍԱՑՑԻՆ ԿՈՐ

3. Ձեր հասցեն փոփոխվել է: Այո Ոչ (Եթեայո, ապա լրացրեք ներքևի հատվածը)

Նոր հասցե՝ _____ Տեղափոխության ամսաթիվ՝ _____
Փոստային հասցե (եթե տարբերվում է վերոնշյալից) _____

4. Եթե դուք տեղափոխվել եք կամ ունեք նոր/փոփոխված բնակության ծախսեր, խնդրում ենք լրացնել ստորև բերված տվյալները.

Ինչքան է այժմ ձեր ամսական տան վարձը կամ հիպոտեկան: \$ _____
Եթե առանձին եք վճարում, ապա ինչքան է այժմ կազմում ձեր անշարժ գույքի հարկն ու տան ապահովագրությունը: \$ _____

4a. Ունե՞ք կոմունալ ծառայությունների վճարումներ, որոնք ներառած չեն ձեր բնակության ծախսերի մեջ: Եթե այո, նշեք, թե որոնք՝
 Գազ Ելեկտրականություն/Գազ Ջեռուցման և հովացման այլ ծախսեր

5. Դուք անօթևան եք: Այո Ոչ Եթե այո, վճարում եք արդյո՞ք ապաստանի վարձ: Այո Ոչ

Գործի անունը՝ _____ Գործի համարը՝ _____

6. Ուսանողներ, նպաստների համար դիմողներից որևէ մեկը՝ ձեզ ներառյալ, հաճախու՞մ է քոլեջ կամ մասնագիտական դպրոց: Այո Ոչ

Եթե այո, ինդրում ե՞ք ստորև ներկայացնել տվյալները: Եթե ոչ, անցե՛ք հաջորդ հարցին:

Անձի անունը	Դպրոցի/պատրաստության անվանումը	Ընդունված կարգավիճակ (✓ նշե՛ք որևիցե մեկը)	Այս անձն աշխատու՞մ է:
		<input type="checkbox"/> Ժամանակի կեսը կամ ավելի <input type="checkbox"/> Ժամանակի կեսից պակաս <input type="checkbox"/> Միավորների քանակը՝ _____	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ, Միջին աշխատաժամերը շաբաթական՝ _____
		<input type="checkbox"/> Ժամանակի կեսը կամ ավելի <input type="checkbox"/> Ժամանակի կեսից պակաս <input type="checkbox"/> Միավորների քանակը՝ _____	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ, Միջին աշխատաժամերը շաբաթական՝ _____

7. Որևէ մեկը ներկայումս աշխատավարձ ստանու՞մ է: Այո Ոչ

Եթե այո, լրացրե՛ք ներքևի հատվածը և հիմնավորող փաստեր կցե՛ք: Թվարկե՛ք աշխատող յուրաքանչյուր անձի յուրաքանչյուր աշխատանքը: Եթե ձեզ ավելի շատ տարածություն է անհրաժեշտ, առանձին թուղթ կցե՛ք և նշե՛ք, թե որ հարցի մասին եք գրում: Օրինակները ներառում են դայակություն, աշխատավարձ, ինքնազբաղվածություն, հիվանդության վճար, թեյավճար և այլն:

	Աշխատանք #1	Աշխատանք #2	Աշխատանք #3
Այն անձի անունը, ով ստանում է եկամուտը՝			
Գործատուի անունը՝	Ինքնազբաղ, նշե՛ք այստեղ <input type="checkbox"/>	Ինքնազբաղ, նշե՛ք այստեղ <input type="checkbox"/>	Ինքնազբաղ, նշե՛ք այստեղ <input type="checkbox"/>
Ինչքան հաճախ է վճարվում՝	<input type="checkbox"/> Շաբաթական <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Այլ <input type="checkbox"/> Ամսական <input type="checkbox"/> Ամիսը երկու անգամ	<input type="checkbox"/> Շաբաթական <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Այլ <input type="checkbox"/> Ամսական <input type="checkbox"/> Ամիսը երկու անգամ	<input type="checkbox"/> Շաբաթական <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Այլ <input type="checkbox"/> Ամսական <input type="checkbox"/> Ամիսը երկու անգամ
Ամսական համախառն եկամուտը՝	\$	\$	\$
Ամսական աշխատած ժամաքանակը՝			
Այս եկամուտը շարունակական է լինելու:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

7a. Մոտ ապագայում որևէ մեկի աշխատանքում կամ եկամտի մեջ փոփոխություններ սպասվու՞մ են: Այո Ոչ

Օրինակներ՝ եկամտի դադարեցում, սկսում, ավելացում կամ նվազեցում, աշխատաժամերի փոփոխություն, աշխատանքից ազատում, գործարկի մասնակցություն, վճարման հաճախականության փոփոխություն:

Եթե այո, բացատրե՛ք այստեղ և ապացույց կցե՛ք՝ _____

8. Որևէ մեկը ներկայումս որևէ այլ աղբյուրից գումար ստանու՞մ է: Այո Ոչ

Եթե այո, լրացրե՛ք ներքևի հատվածը և հիմնավորող փաստեր կցե՛ք: Օրինակները ներառում են՝ սոցիալական ապահովագրություն, գործազրկության փոխհատուցում, վետերանի նպաստ, Նահանգային հաշմանդամության ապահովագրություն (State Disability Insurance, SDI), երեխայի/ամուսնու աջակցություն, աշխատողի փոխհատուցում, վարկ/նվերներ, վաստակած/չվաստակած բնակարան, կոմունալներ, սնունդ և այլն:

Անուն	Եկամտի աղբյուրը	Մեկանգամյա կամ շարունակական վճարում	Որբա՞ն/ Որբա՞ն հաճախ

8a. Մոտ ապագայում այս եկամտի հետ կապված փոփոխություններ սպասվու՞մ են: Այո Ոչ

Եթե այո, բացատրե՛ք այստեղ՝ _____

Գործի անունը՝ _____ Գործի համարը՝ _____

9. Բժշկական ծախսեր. արդյո՞ք որևէ մեկի մոտ, ով ստանում է CalFresh և 60 կամ ավելի տարեկան է, կամ հաշմանդամ է, նկատվում է բժշկական ծախսերի ավելացում, կամ նրանց մոտ առաջացել են բժշկական ծախսեր: Այո Ոչ (Եթե այո, ապա լրացրեք ներքևի հատվածը Սա նոր ծախս է, կամ եթե փոփոխությունը \$25-ից ավել է:)

Ո՞վ է ունեցել ծախսեր: _____ Ծախսի տեսակը _____
Վճարված գումարի չափը՝ _____ Որքա՞ն հաճախ: _____

10. Երեխայի օգնություն. արդյո՞ք որևէ մեկը, ով CalFresh է ստանում, վճարել է երեխայի օգնության համար: Այո Ոչ (Եթե այո, լրացրեք ներքևի հատվածը և ապացույց կցեք, եթե սա երեխայի ապրուստադրամի նոր պարտականություն է, կամ երեխայի ապրուստադրամ վճարելու իրավական պարտականության փոփոխություն է, կամ վճարվող երեխայի ապրուստադրամի գումարի ավելացում է:)
Երեխայի անուն(ներ)ը _____

Որքա՞ն է ներկայիս գումարը, որ պետք է վճարվի: \$ _____ Ո՞վ է վճարել օգնությունը համար: _____

11. Կախյալի կամ երեխայի խնամք. արդյո՞ք որևէ մեկը վճարում է երեխայի, հաշմանդամ մեծահասակի կամ այլ կախյալի խնամքի համար, որպեսզի դուք կամ այլ անձը կարողանա գնալ աշխատանքի, դպրոց կամ աշխատանք փնտրի: Այո Ոչ (Եթե այո, ինդրում ենք Նշել այն գումարը, որը դուք կամ ձեր կենցաղից որևէ մեկը վճարում է իր գրպանից: Ապացույց կցեք, եթե մատակարարողը կամ գրպանից վճարվող գումարը փոխվել է:)

Գումարը՝ \$ _____ Ով է վճարել՝ _____ Նշեք կախյալին/երեխային՝ _____

12. Կցանկանա՞ք դիմել Medi-Cal-ի համար: Այո Ոչ

Եթե պատասխանում եք «այո», վարչաշրջանը կօգտագործի ձեր տվյալները, որպեսզի պարզի արդյոք դուք կարող եք Medi-Cal ստանալ:

13. Կրկնօրինակ նպաստներ

Դուք կամ ձեր կենցաղից որևէ մեկը մեղադրվե՞լ է որևէ նահանգում 1996թ.-ի սեպտեմբերի 22-ից հետո կեղծ ճանապարհով կրկնօրինակ SNAP (սննդի աջակցության դաշնային անվանումը, որը Կալիֆորնիայում հայտնի է որպես CalFresh) նպաստներ ստանալու մեջ: Այո Ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ: _____

14. Նպաստների վաճառք

Դուք կամ ձեր կենցաղից որևէ մեկը մեղադրվե՞լ եք որևէ նահանգում 1996թ.-ի սեպտեմբերի 22-ից հետո \$500 կամ ավելի արժողությամբ SNAP նպաստների վաճառքի (EBT քարտեր օգտագործելու կամ այլ անձանց վաճառելու) մեջ: Այո Ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ: _____

15. Նպաստները թմրադեղերի հետ փոխանակելը

Դուք կամ ձեր կենցաղից որևէ մեկը մեղադրվե՞լ է 1996թ.-ի սեպտեմբերի 22-ից հետո SNAP նպաստների և թմրադեղերի փոխանակման մեջ:

Այո Ոչ Եթե այո, ապա ո՞վ: _____

16. Նպաստները զինամթերքի կամ պայթուցիկի հետ փոխանակելը

Դուք կամ ձեր կենցաղից որևէ մեկը մեղադրվե՞լ է 1996թ.-ի սեպտեմբերի 22-ից հետո SNAP նպաստների և զենքի, հրազենի կամ պայթուցիկների փոխանակման մեջ: Այո Ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ: _____

17. Փախուստի դիմած հանցագործ

Դուք կամ ձեր կենցաղից որևէ մեկը թաքնվում է օրենքից քրեական հետապնդումից խուսափելու, կալանքի տակ առնվելու, հանցագործություն կամ հանցագործության փորձ կատարելու համար բանտարկվելու նպատակով: Այո Ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ: _____

18. Փորձաշրջանի/վաղաժամ ազատազրկման խախտում

Ձեզ կամ ձեր կենցաղից որևէ մեկին դատարանը ճանաչե՞լ է որպես փորձաշրջանի կամ վաղաժամ ազատազրկման խախտող: Այո Ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ: _____

Գործի անունը՝ _____ Գործի համարը՝ _____

ՎԿԱՅԱԳԻՐ

Խնդրում եմք ուշադիր կարդալ, ստորագրել և ամսագրել: Ստորագրելով այս ձևաթուղթը՝

Ես հասկանում եմ, որ ստորագրելով վերավկայագրման այս դիմումը սուտ վկայության պատժի ներքո (սուտ ցուցմունքներ տալով), որ՝

- Ես կարդացել եմ կամ ինձ համար կարդացել են վերավկայագրման այս դիմումի տվյալները և վերավկայագրման դիմումի հարցերի իմ պատասխանները:
- Հարցերին իմ պատասխանները ճիշտ են և ամբողջական, որքանով որ ինձ հայտնի է:
- Ցանկացած պատասխան, որ ես կտամ վերավկայագրման ընթացքում, կլինի ճիշտ և ամբողջական, որքանով որ ինձ հայտնի է:
- Ես կարդացել եմ կամ ինձ համար կարդացել են իրավունքներն ու պարտավորությունները (Ծրագրի կանոններ էջ 1) CalFresh ծրագրի համար և CalFresh ծրագրի կանոններն ու պատիժները (Ծրագրի կանոններ էջ 2-3):
- Ես հասկանում եմ, որ կեղծ կամ սխալ հայտարարություններ տալը, փաստերը թաքցնելը CalFresh իրավասություն ստանալու համար, խարդախություն է: Խարդախությունը կարող է հանգեցնել քրեական գործի, որ կհարուցվի իմ դեմ, և/կամ ես մի որոշ ժամանակով (կամ ցմահ) կզրկվեմ CalFresh նպաստներից:
- Ես հասկանում եմ, որ նպաստների համար դիմողների Սոցիալական ապահովագրության համարները կամ կենցաղի անդամների ներգաղթային կարգավիճակը կարող են փոխանցվել համապատասխան կառավարական գործակալություններին՝ օրենքով պահանջվող կարգով:

ՆՊԱՍՏՆԵՐ ՍՏԱՆԱԼ ՇԱՐՈՒՆԱԿԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ ԴՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐԵՔ ԵՎ ԱՄՍԱԳՐԵՔ ԱՅՍ ԴԻՄՈՒՄԸ ԵՎ ՊԵՏՔ Է ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑ ԱՆՑՆԵՔ ԶԵՐ ՎԿԱՅԱԳՐՄԱՆ ԺԱՄԿԵՏԻ ՎԵՐՋԻՆ ՕՐՎԱՆԻՑ ԱՈՒՋ:

ՈՎ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐԻ ՍՏՈՐԵՎ. Կենցաղի չափահաս անդամ/լիազորված ներկայացուցիչ/խնամակալ

Դիմորդի ստորագրություն կամ նշան	Ամսաթիվ	Կոնտակտային էլ. փոստ/հեռախոս
---------------------------------	---------	------------------------------