

ՄԵՐԺՄԱՆ ԿԱՄ ԱՌԿԱԽ ՎԻՃԱԿԻ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

ՎԱՐՉԱԾՐՋԱՆ

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

Ծանուցագրի թվական : _____
Գործի Անունը : _____
Համարը Աշխատողի Անունը : _____
Համարը : _____
Հեռախոս : _____
Հասցե : _____

(ADDRESSEE)



Հարցե՞ր: Տվեք ձեր աշխատողին:

Նահանգային Լսում՝ Եթե գտնում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, կարող եք լսում խնդրել: Այս էջի հետևի կողմը ձեզ կասի ինչպես դիմել լսումի: Ձեր նպաստները չեն կարող փոխվել եթե լսումի համար դիմեք գործողությունը տեղի ունենալուց առաջ:

ՄԵՐԺՈՒՄ

Սննդադրոշմների համար ձեր ընտանիքի դիմումագիրը մերժվել է, քանի որ՝

Եթե մինչև _____ կատարեք հետևյալը, ձեր դիմումագիրը կվերաբացվի:

Եթե այսպես չանեք մինչև նշված թվականը, կպարտավորվեք վերստին դիմել՝ եթե ուզում եք սննդադրոշմներ ստանալ:

Մենք ձեզանից պահանջեցինք վերևի տեղեկությունը՝ երբ դիմեցիք սննդադրոշմի համար: Դուք տեղեկությունը մեզ չներկայացրեցիք պահանջին հետևող տաս (10) օրվա ընթացքում: Տեղեկությունը պարտավոր եք մեզ ներկայացնել մինչև _____ (30 օր դիմումագրի թվականից հետո), այլապես ձեր դիմումագիրը կմերժվի և ուրիշ ծանուցագիր չեք ստանա:

Ձեր ընտանիքը սննդադրոշմներ չի կարող ստանալ մինչև _____ ձեր դիմումագրի մերժման նույն պատճառով: Կարող եք վերստին դիմել նման դեպքում:

Եթե կանխիկ օգնություն ստանաք, երևի կարողանաք սննդադրոշմներ ստանալ: Եթե ձեր կանխիկ օգնության վավերացումից մինչև 15 օր սննդադրոշմի ծանուցագիր չստանաք, դիմեք ձեր կանխիկ օգնության աշխատողին՝ սննդադրոշմների համար:

Կարգեր՝ Հետևյալ կարգերն են կիրառելի՝

Կարող եք դրանք քննել ձեր վեբ-էջի գրասենյակում:

ՈՒՇԱՑԱԾ ՆՊԱՍՏՆԵՐ

Ձեր _____ թվակիր դիմումագիրը/խնդրանքը հետևյալ սննդադրոշմի նպաստների համար մերժվել է, քանի որ՝

Ձեր _____ թվակիր դիմումագիրը/խնդրանքը հետևյալ սննդադրոշմի նպաստների համար մերժվել է, քանի որ այն ներկայացվել էր սխալ վարչաշրջանում: Դուք այդ նպաստները պետք է խնդրեք այն վարչաշրջանից, որտեղ ձեզ մերժել են կամ որտեղ ստացել եք նպաստները:

ԱՌԿԱԽ ՎԻՃԱԿ

Ձեր դիմումագիրը առկախ վիճակում է:

Դուք արել եք ինչ որ պարտավոր էիք անել: Մենք շարունակում ենք աշխատել ձեր գործի վրա և շուտով կլսեք մեզանից:

Մենք ձեզանից պահանջեցինք հետևյալ տեղեկությունը՝ երբ դիմեցիք սննդադրոշմի համար: Դուք տեղեկությունը մեզ չներկայացրեցիք պահանջին հետևող տաս (10) օրվա ընթացքում: Տեղեկությունը պարտավոր եք մեզ ներկայացնել մինչև _____, այլապես ձեր դիմումագիրը կմերժվի և ուրիշ ծանուցագիր չեք ստանա: Եթե դեռևս ուզում եք սննդադրոշմներ, պարտավոր եք վերստին դիմել:

Եթե մեզ ներկայացնեք այստեղ նշվածները մինչև վերևը նշված թվականը, ձեր դիմումագիրը կվերաբացվի:

Ձեր լսողության իրավունքները

Ձեր իրավունքն է լսում պահանջել, եթե չհամաձայնվեք վարչաշրջանի որևէ քայլի հետ: Միայն 90 օր ունեք լսում պահանջելու համար: 90 օրերը սկսվում են վարչաշրջանի կողմից այս ծանուցագիրը տրվելուց կամ ուղարկվելուց մեկ օր հետո:

Եթե լսում ուզեք Կանխիկ Օգնության, Medi-Cal-ի, Անդրադրումի կամ Երեխու Խնամքի նկատմամբ մի քայլ առնվելուց առաջ՝

- Ձեր Կանխիկ Օգնությունը կամ Medi-Cal-ը կարող են մնալ նույնը՝ լսումի համար սպասելիս:
- Ձեր Երեխու Խնամքի Ծառայությունները կարող են մնալ նույնը՝ լսումի համար սպասելիս:
- Ձեր Անդրադրումները կմնան նույնը մինչև լսումը կայանա կամ ձեր վկայագրումի շրջանը ավարտվի, որը որ ավելի շուտ պատահի:

Եթե լսումի վճիռը մե՛զ իրավունք տա, մեզ պարտական կլինեք ձեր ստացած հավելյալ Կանխիկ Օգնության, Անդրադրումների և Երեխու Խնամքի համար: Լսումից առաջ ձեր նպատակները նվազեցնելու կամ դադարեցնելու համար նշեք ներքևը՝

Այո, նվազեցրեք/դադարեցրեք՝ Կանխիկ Օգնությունը Անդրադրումը Երեխու Խնամքը

Մինչ սպասում եք լսումի վճիռն հետևյալների համար՝

Վե՛լֆերից Աշխատանք՝

Պարտավոր չեք մասնակից դառնալ գործունեություններին:
 Կարող եք երեխու վճարում ստանալ աշխատանքի կամ այլ ծանուցագրից առաջ վարչաշրջանի վավերացրած գործունեությունների համար:
 Եթե ձեզ ասել ենք, որ ձեր մյուս աջակից ծառայությունների վճարումները կդադարեն, վճարում չեք ստանա, անգամ եթե ձեր գործունեության գնաք:
 Եթե ձեզ ասել ենք, որ կվճարենք ձեր մյուս աջակից ծառայությունների համար, դրանք կվճարվեն այն գումարով և այնպես ինչպես նշել ենք այս ծանուցագրում:

- Այս աջակից ծառայություններն ստանալու համար պարտավոր եք գնալ այն գործունեություններին, որոնք վարչաշրջանը պահանջել է ձեզանից:
- Եթե լսման վճիռն սպասելիս վարչաշրջանի՝ աջակից ծառայությունների համար ձեզ վճարած գումարը բավարար չէ, որ կարողանաք մասնակցել, կարող եք դադարեցնել գործունեության գնալը:

Cal-Learn՝

- Ձեք կարող մասնակցել Cal-Learn Ծրագրին, եթե ձեզ ասել ենք, որ չենք կարող սպասարկել ձեզ:
- Cal-Learn աջակից ծառայությունների համար կվճարենք միայն վավերացված գործունեությունների համար:

ԱՅՆ ՏԵՎԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

Medi-Cal Կառավարված Խնամքի Ծրագրի Անդամներ՝ Այս ծանուցագրի քայլը կդադարեցնի կառավարված առողջական խնամքի ծրագրից ձեր ստացած ծառայությունները: Հարցերի դեպքում, դիմեք ձեր առողջական ծրագրի անդամների ծառայություններին:

Երեխու և/կամ Բժշկական Աջակցություն՝ Երեխու աջակցության տեղական գործակալությունը անվճար կօգնի, որ աջակցությունը գանձեք մինչև անգամ եթե կանխիկ օգնություն չեք ստանում: Եթե նրանք ներկայումս աջակցություն են գանձում ձեզ համար, կշարունակեն այդպես անել, մինչև որ գրավոր խնդրեք, որ դադարեն: Նրանք ձեզ կողարկեն ներկա աջակցության գումարը, բայց կպահեն վարչաշրջանին պարտական ձեր գումարները:

Ընտանիքի Ծրագրում՝ Ձեր վե՛լֆերի գրասենյակը ձեզ տեղեկություններ կտա երբ իրենից խնդրեք:

Լսման Թղթածրար՝ Եթե լսում պահանջեք, Նահանգի Լսման Բաժանմունքը թղթածրար կբացի: Ձեր իրավունքն է այս թղթածրարը տեսնել ձեր լսումից առաջ և ստանալ վարչաշրջանի գրավոր կեցվածքը ձեր գործի վերաբերյալ լսումից առնվազն երկու օր առաջ: Նահանգը կարող է ձեր լսումի թղթածրարը տալ Վե՛լֆերի Բաժանմունքին և ԱՄՆ Առողջական և Մարդկային Սպասարկման և Երկրագործական Բաժանմունքներին: **(W&I Օրինագրի Հատվածներ 10850 և 10950):**

ԼՍՈՒՄ ԽՆԴՐԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ՝

- Լրացրեք այս էջը:
- Ձեր թղթածրարի համար հանեք պատճենը այս էջի և նրա հետևի երեսի: Եթե խնդրեք, ձեր աշխատողը ձեզ կտա այս էջի պատճենը:
- Այս էջը ուղարկեք կամ տարեք՝

ԿԱՄ

- Անվճար զանգեք **1-800-952-5253** կամ եթե լսելու և խոսելու անկարող եք՝ **TDD, 1-800-952-8349:**

Օգնություն Ստանալը՝ Հարցրեք ձեր լսումի իրավունքների մասին կամ օրինական օգնության հղումի համար վերը նշված անվճար համարներով: Անվճար օրինական օգնություն կարող եք ստանալ տեղական օրինական օգնության կամ վե՛լֆերի իրավունքների գրասենյակից:

Եթե չեք ուզում լսումի գնալ առանձին, կարող եք ձեզ հետ բերել մի ընկեր կամ որևէ անձ:

ԼՍՈՒՄԻ ԽՆԴՐԱՆՔ

Ես լսում եմ ցանկանում _____ վարչաշրջանի Վե՛լֆերի Բաժանմունքի քայլի դեմ, որը վերաբերվում է իմ՝

- Կանխիկ Օգնության Անդրադրումի Medi-Cal-ի
- Այլ (նշեք) _____

Ահա թե ինչու՝ _____

- Լրացուցիչ տեղի համար այստեղ նշեք և էջ ավելացրեք:**
- Ուզում եմ, որ նահանգը ինձ անվճար թարգմանի տա: (Լսումի ժամանակ բարեկամը կամ ընկերը չեն կարող թարգման լինել): Իմ լեզուն կամ բարբառը՝ _____

ՆՊԱՏՆԵՐԸ ՄԵՐԺՎԱԾ, ՓՈՒՎԱԾ ԿԱՄ ԳԱԿԱՐԵՑՎԱԾ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ		
ՇՆՆԻՑԱՆ ԹՎԱԿԱՆ	ՀԵՌԱՅՈՍ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՅՅԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԹՎԱՆԻԹ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ		ԹՎԱԿԱՆ
ԱՅՍ ԾԵՎԵԿ ԼՐԱՅՆՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ		ՀԵՌԱՅՈՍ
<input type="checkbox"/> Ուզում եմ, որ ներքևը նշված անձը ինձ ներկայացնի այս լսումի ժամանակ: Այս անձին արտոնում եմ տեսնել իմ թղթածրարը կամ ինձ հետ գնալ լսումի: (Այս անձը կարող է լինել մի ընկեր կամ բարեկամ, բայց չի կարող թարգմանել ձեզ համար):		
ԱՆՈՒՆ	ՀԵՌԱՅՈՍ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՅՅԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԹՎԱՆԻԹ