

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

**CALFRESH-ի գերզսկայնական  
ծանուցագիր սիւնն վարձակալ  
սեւակներ (AE) ՂԵՊՔՈՒՄ**

Ծանուցագրի ամսաթիվը : \_\_\_\_\_

Գործ  
մուտն, ազգանուն : \_\_\_\_\_

Թիվ : \_\_\_\_\_

Վշխատակցի անունը  
մուտն, ազգանուն : \_\_\_\_\_

Թիվ : \_\_\_\_\_

Յեռախոս : \_\_\_\_\_

Հասցե : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ՀԱՍՑԵԱՏԵՐ)

**Հարցն՞ր ունեք: Տվեք ձեր աշխատողին:**

**Նահանգային լուր՝** Դուք կարող եք լուր պահանջել, եթե գտնուե՞ք, որ այս գործողությունը սխալ է: Այս էջի ետևի կողմում նշված է, թե ինչպես: Ձեր նպաստները չեն կարող փոփոխվել, եթե լուրի համար դիմեք գործողությունը տեղի ունենալուց առաջ:

Չափազանց շատ Calfresh-ի նպաստներ են հատկացվել.

- ընտանիքին:
- այն ընտանիքին, որին Դուք աջակցել եք:

Ահա թե ինչու.

- Չհաղորդված վաստակած եկամուտը ընդունելի չէ 20% պահման համար:

Դուք պետք է փոխհատուցեք Calfresh-ի լրացուցիչ նպաստների համար:

\_\_\_\_\_ ժամանակահատվածում հատկացվել են \$\_\_\_\_\_ Calfresh-ի լրացուցիչ նպաստներ: Ընտանիքը ստացել է \$\_\_\_\_\_ Calfresh-ի նպաստներ:

Ընտանիքը պետք է ստանար \$\_\_\_\_\_ Calfresh-ի նպաստներ: \$\_\_\_\_\_ (Calfresh-ի լրացուցիչ նպաստներ) այն է, ինչ ստացել եք՝ հանած այն, ինչ պետք է ստանալիք:

Այս գումարը կրճատվել է \$\_\_\_\_\_ով, որովհետև ստացել ենք պարտք եղած գումարի մի մասի փոխհատուցումը: Այժմ դուք պարտական եք \$\_\_\_\_\_:

**Պարզեք, թե ինչպես ենք հաշվարկել այս ծանուցագրի հետ ներկայացված աշխատաթերթում նշված լրացուցիչ գումարը:**

- Դուք պարտավոր չեք օգտագործել SSI-ի որևէ նպաստ, որ ստանում եք, այս գերհատկացումը փոխհատուցելու համար:
- Այն դեպքում, երբ գերհատկացում է տեղի ունեցել, գանձումը կկատարվի ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամներից:

**ԴՈՒՔ ՊԱՐՏԱՎՈՐ ԵՔ ԿԱՍ.**

Ամբողջությամբ վճարել Calfresh-ի լրացուցիչ նպաստների դիմաց, կամ լրացնել, ստորագրել եւ վերադարձնել կից Փոխհատուցման համաձայնագրի (DFA 377.7E) ձեռք եւ վճարել, ինչպես համաձայնվել է:

**Կանոններ՝** Կիրառելի են հետևյալ կանոնները՝ MPP 63-801.43, 63-801.22, 63-801.7, 63-801.4

Դուք կարող եք նայել դրանք ձեր բարեկեցության ապահովման գրասենյակում:

**Չգուշացում՝** Եթե ձեր կարծիքով գերհատկացման մասին ծանուցագիրը սխալ է, ապա սա ձեր վերջին հնարավորությունն է դիմել լսման համար: Եթե դուք շարունակում եք ստանալ Calfresh, ապա վարչաշրջանը կարող է գանձել գերհատկացման գումարը՝ նվազեցնելով ձեր Calfresh-ի նպաստները, եթե վարչաշրջանի մեղքով չի եղել: Եթե Calfresh-ից դուրս եք մնացել մինչև գերհատկացման գումարը վճարելը, ապա վարչաշրջանը կարող է գանձել պարտք եղած գումարը՝ ձեր նահանգային/դաշնային եկամտի հարկային վերադարձումից՝ օրենքով սահմանված կարգով:

**ԾՐԱԳՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.**

- Ձեր փոխհատուցման համաձայնագիրը հիմնված կլինի ձեր ներկա վճարունակության վրա, որը սահմանվում է վարչաշրջանի կողմից: Ձեր վճարունակության որևէ փոփոխություն կարող է փոխել ձեր ամսական վճարումների չափը:
- Եթե սույն ծանուցագիրը ստանալու ամսաթվից հետո 30 օրվա ընթացքում չստորագրեք եւ չվերադարձնեք համաձայնագիրը, ապա ձեր կողմից ստացվող Calfresh-ի նպաստների չափը կկրճատվի \_\_\_\_\_%-ով՝ սկսած \_\_\_\_\_ից:
- Եթե դուք չկատարեք փոխհատուցումը, ապա վարչաշրջանը պարտք եղած գումարը գանձելու այլ միջոցների կոմի, օրինակ՝ դատարան, գանձման գործակալության այլ մեթոդներ եւ հարկադիր գանձում դաշնային կառավարության կողմից:
- Եթե հետագայում դատարանի կողմից վերանայման արդյունքում պարզվի, որ այս սխալի թույլ տրման մեղավորությունը ձերն է, ապա կկիրառվեն տուգանքներ, եթե նույնիսկ համաձայնեք վճարել ձեր պարտքը:
- Եթե ճանաչվի ձեր իրավախախտումը կամ ընտանիքի դեմ դատական գործ հարուցվի, ապա դուք կենթարկվեք լրացուցիչ ընթացակարգային կամ դատական ծախսերի:
- Եթե չվճարեք պարտք եղած գումարը, ապա վարչաշրջանը կարող է պահել նահանգային/դաշնային եկամտի ձեր հարկային վերադարձումը եւ/կամ դիմել դատարան՝ ձեր աշխատավարձի սառեցման կամ ձեր ունեցած ցանկացած գույքի վրա արգելանք դնելու հայցով:

# 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 (Ուտելիքի կտրոն), 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-ը (Ուտելիքի կտրոն) նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը կամ Ձեր արտոնագրման ժամանակաշրջանի վերջը՝ կախված այն բանից, թե որը ավելի շուտ տեղի կունենա:

Եթե դատաքննության վճիռ որոշի, որ մենք ճիշտ էինք, Դուք մեզ պարտք կլինեք Ձեր ունեցած լրացուցիչ Cash Aid-ը, CalFresh (Ուտելիքի կտրոն) 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 (Ուտելիքի կտրոն) (Food Stamps)

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 դեկավարված խնամքի ծրագրի անդամներ.** Այս ծանուցման որոշումը կարող է Ձեզ կանխել Ձեր դեկավարված խնամքի առողջապահական ծրագրից սպասարկումներ ստանալուն: Ձեզ թե՛րևս 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 բաժնիներին: **(W&I օրենքի հատված 10850 և 10950):**

# ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՁԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

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

## ԿԱՍ

- **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 (Food Stamps) -ին (Ուտելիքի կտրոն)
- 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 ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՒՄ ՆՊԱՍՏԸ ՄԵՐԺԿԵԼ Ե ԿԱՍ ԴԱՐԱՐԵՑԿԵԼ |               |        |
| ՇՆՆԱՆ ԹԻՎ   | ՇԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ |        |
| ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՅԵ  |               |        |
| ՔԱՂԱՔ   | ՆԱՀԱՆԳ        | ԻՆՏԵՔՍ |
| ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ                                      | ԱՄՄԱԹԻՎ       |        |
| ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ ԼԻՍՅՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ                   | ՇԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ |        |

**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        | ՇԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ |        |
| ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՅԵ |               |        |
| ՔԱՂԱՔ        | ՆԱՀԱՆԳ        | ԻՆՏԵՔՍ |