

ԴԻՄՈՒՄ

CALFRESH-ի ԱՂԵՏՆԵՐԻ ԾՐԱԳՐԻ ՀԱՄԱՐ

Table with 2 columns: COUNTY USE ONLY, CASE NUMBER, WORKER, DATE RECEIVED

Աղետի նպաստի ժամանակահատված՝ _____ մինչև _____

ԿԱՐԵՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ – ԿԱՐԴԱՅՔ ՈՒՇԱԴԻՐ

ՁԵՐ ԻՐԱԿԱՆՔՆԵՐԸ ՈՐՊԵՍ ԴԻՄՈՐԻ ԿԱՄ ՍՏԱՑՈՂԻ՝

- Սպասարկվելու առանց ռասայական, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, կրոնական, քաղաքական պատկանելիության, սեռական, ֆիզիկական կամ մտավոր սահմանափակումների կամ տարիքային խտրականության, և բողոք ներկայացնելու, եթե դուք զգում եք, որ ձեզ խտրականացնում են:
• Ստանալու CalFresh-ի աղետի նպաստներ դիմումը ներկայացնելու ամսաթիվից մեկից երեք օրացույցային օրվա ընթացքում, եթե դուք ընտրվելու իրավունք ունեք:
• Ձրուցելու Սոցիալական ապահովման շրջանային դեպարտամենտի հետ ձեր գործին առնչվող յուրաքանչյուր որոշման վերաբերյալ և պահանջելու պետական լուսններ դիմումի հաստատումից կամ մերժումից հետո 90 օրվա ընթացքում:
• Ձեր դիմումի մերժման դեպքում՝ ստանալու դրա անհապաղ վերանայում վերահսկիչի կողմից:
• Բողոք ներկայացնելու կամ պահանջելու պետական լուսններ՝ գրավոր դիմելով ձեր Սոցիալական ապահովման շրջանային դեպարտամենտին կամ գանգահարելով անվճար հեռախոսահամարով 1-800-952-5253: Խոսքերի համար (ՀՄԻ) անվճար հեռախոսահամարն է՝ 1-800-952-8349:
• Ներկայացնելու ինքնեղ ձեզ պետական լուսնների ժամանակ կամ լինելու ներկայացված ընտանիքի անդամի, ընկերոջ, իրավապաշտպանի կամ այլ անձի կողմից:
• Այս դիմումը ձեր ընտանիքի մեկ այլ անդամի կամ ձեզ ծանոթ մեկ այլ չափահասի կողմից լրացված է ձեր ընտանիքի անդամ չհանդիսացող չափահասի կողմից, կցեք դրան ընտանիքի գլխի կամ ընտանիքի մեկ այլ չափահաս անդամի կողմից ստորագրված գրավոր վավերացում:

ՁԵՐ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՈՐՊԵՍ ԴԻՄՈՐԻ ԿԱՄ ՍՏԱՑՈՂԻ՝

- Պատասխանելու հարցերին հնարավորինս ճշմարտացի և ամբողջովին: Եթե դուք հրաժարվում եք տրամադրել որևէ անհրաժեշտ տեղեկություն, դուք չեք ստանալ CalFresh-ի աղետի նպաստներ:
• Ձեր հարցազրույցի ժամանակ դուք պետք է հաստատեք ընտանիքի գլխի ինքնությունը, դիմումը լրացնող անձի ինքնությունը և, հնարավորության դեպքում, աղետի պահին ընտանիքի բնակության և/կամ աշխատանքի վայրի հասցեի ապացույցը:
• Դուք պետք է համագործակցեք շրջանային, պետական և դաշնային անձնակազմի հետ, եթե դուք ընտրվել եք վերանայման համար աղետի ժամանակաշրջանից հետո:

- Դուք կարող եք լիազորել որևէ մեկին՝ ստանալու կամ օգտագործելու ձեր CalFresh-ի աղետի նպաստները: Եթե դուք ցանկանում եք լիազորել որևէ մեկին, լրացրեք ստորև ներկայացված տեղեկությունը՝

Table with 2 columns: ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅՑՅՈՒՑՉԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ

ՀԱՍՑԵՆ՝ ՆԵՐԱՌՅԱԼ ՔԱՂԱՔԸ և ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ

- ԿԵՐՑՐԵՔ ՄԻԱՅՆ ՆԷՎ ՔԱՐՏԸ ԿԵՐՑՐԵՔ ՆԷՎ ՔԱՐՏԸ, ՈՐՊԵՍԶԻ ԳՆԵՔ ԱՆՈՒՆԻ ԸՆՏԱՆՔԻ ՀԱՄԱՐ

ՊՍԻԺՆԵՐԻ ՆԱԽԱԶՐԿՈՒՇԱՑՈՒՄ

Եթե ձեր ԸՆՏԱՆՔԸ ՍՏԱՆՈՒՄ Է CALFRESH-ի ԱՂԵՏԻ ՆՊԱՍՏՆԵՐ, ԴՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ՀԵՏՆԵՔ ՍՏՈՐԱ ՆԵՐԿԱՅՑՅԱԿԱԾ ԿԱՆՈՆԵՐԻՆ: ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԿԱՅՑՅՄԱՆ ՁԱՆՈՂՈՒՄԸ ԿԱՄ ՓԱՍՏԵՐԻ ՄԻԱՄԼ ՄԵԿԱՄԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՐՈՂ Է ՀԱՆԳԵՑՆԵԼ ԴՍԱԿԱՆ ՀԵՏԱՊԱՐՄԱՆ ՏՈՒԳԱՆՔԻ, ԱԶՍԱԶՐԿՄԱՆ ԿԱՄ ԱՅՅԻ ԵՐԿՈՒՄԻ ՀԱՄԱԴՐՈՒԹՅԱՆ ՁԱՆՎ: ՊՍԻԺՆԵՐԸ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ՀԱՆԳԵՑՆԵԼ ՈՐԱԿԱԶՐԿՄԱՆ ԾՐԱԳՐԻՑ, ՏՈՒԳԱՆՔՆԵՐԻ ՄԻԱՋԻՆ \$250,000 ԿԱՄ ՄԻԱՋԻՆ 20 ՏԱՐԿԱ ԱԶՍԱԶՐԿՄԱՆ: ՈՐԱԿԱԶՐԿՄԱՆ ՊՍԻԺՆԵՐԸ ԱՌԱՋԻՆ ԽԱՌՏՄԱՆ ԴԵՊՈՒՄ ԿԱԶՄՈՒՄ ԵՆ 12 ԱՄԻՄ, ԵՐԿՐՈՐԻ ԽԱՌՏՄԱՆ ԴԵՊՈՒՄ՝ 24 ԱՄԻՄ, ԻՄԿ ԵՐՐՈՐԴ ԽԱՌՏՄԱՆ ԴԵՊՈՒՄ ՀԱՆԳԵՑՆԱՌԻՄ ԵՆ ՄՇՏԱԿԱՆ ՈՐԱԿԱԶՐԿՄԱՆ:

- Մի ներկայացրեք կեղծ տեղեկություն կամ մի թաքցրեք տեղեկություն, որպեսզի ստանաք CalFresh-ի աղետի նպաստներ:
• Մի փոխանակեք կամ վաճառեք ձեր CalFresh-ի աղետի նպաստները կամ որևէ այլ թողարկման սարք:
• Մի փոխեք ձեր ՆԷՎ քարտը կամ որևէ այլ թողարկման սարք, որպեսզի ստանաք CalFresh-ի աղետի նպաստներ, որոնց ստանալու իրավունքը դուք չունեք:
• Մի օգտագործեք CalFresh-ի աղետի նպաստները գնելու համար անհամապատասխան պարագաներ ինչպիսիք են՝ ոգելից խմիչքները և ծխախոտը:
• Մի օգտագործեք որևէ այլ մեկի ՆԷՎ քարտը կամ որևէ այլ թողարկման սարք ձեր ընտանիքի համար:

ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ՝ Խնդրում ենք լրացնել այս ձևում եղած հարցերը աղետի նպաստի վերանայլ ժամանակահատվածում ձեր սպասված հանգամանքների վերաբերյալ:

Table with 2 columns: ԱՆՈՒՆ (ԸՆՏԱՆՔԻ ԳԼՔԻ), ՄՇՏԱԿԱՆ ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՑԵՆ ԱՂԵՏԻ ՊԱՇԽ, ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ ՀԱՍՑԵ, ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵ, ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՀԱՍՑԵՆ ԱՂԵՏԻ ՊԱՇԽ

COUNTY USE ONLY
 Disaster Application
Can the identity of the authorized representative be verified?
 YES NO
Type of verification:
Can the head of household's identity be verified?
 YES NO
Type of verification:
Is permanent residence in disaster area?
 YES NO
Type of verification:
Is work address in the disaster area?
 YES NO
Type of verification:
Can the household's residence be verified?
 YES NO
Type of verification:

ՄԱՍ Ա – ԸՆՏԱՆՔԻ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ: (Դուք պետք է նշեք Այո կամ Ոչ յուրաքանչյուր հարցի համար)

- 1. Արդյո՞ք ձեր ընտանիքից որևէ մեկը ապրում աշխատում էր կամ երկուսը միասին (նշեք համապատասխան վանդակը) աղետի գոտում աղետի պահին:
2. Դուք անկարող էք ստանալ ձեր ընտանիքի եկամուտը կամ կանխիկ դրամական միջոցները ԱՅՈ ՈՉ
3. Ձեր եկամուտը կամ կանխիկ դրամական միջոցները նվազեցվել չեն, հետաձգվել կամ դադարեցվել են աղետի պատճառով: ԱՅՈ ՈՉ
4. Դուք սնունդ գնելու կամ կերակուր պատրաստելու եք աղետի նպաստի ժամանակահատվածում: ԱՅՈ ՈՉ

ՄԱՍ Բ – ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԱՆՈՒՄՆԵՐ

5. Թվարկեր բոլոր այն անդամների անունները, ովքեր դիմում են CalFresh-ի աղետի նպաստների համար: Ներառեք միայն այն անձանց, ովքեր **սպառում էին ձեզ հետ աղետի պահանջը**: Եթե դուք աղետի պատճառով ժամանակավորապես բնակվում եք մեկ այլ ընտանիքում, **մի թվարկեք այդ ընտանիքի անդամներին: *Ձեր Սոցիալական ապահովման համարի (ՄԱՀ) հայտնույթը կառավար է: Այն կօգտագործվի միայն նայնականացման նպատակներով:**

ԱՆՈՒՆ (ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԳԼԽԵՐ) (ԸԳ)	ՄԱՀ*	ԾՆՆՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ
a. ԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱԳՅԱԿԱՆ ԿԱԳԸ ԸԳ-ի ՀԵՏ	ՄԱՀ*
b. ԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱԳՅԱԿԱՆ ԿԱԳԸ ԸԳ-ի ՀԵՏ	ՄԱՀ*
c. ԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱԳՅԱԿԱՆ ԿԱԳԸ ԸԳ-ի ՀԵՏ	ՄԱՀ*
d. ԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱԳՅԱԿԱՆ ԿԱԳԸ ԸԳ-ի ՀԵՏ	ՄԱՀ*
e. ԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱԳՅԱԿԱՆ ԿԱԳԸ ԸԳ-ի ՀԵՏ	ՄԱՀ*
f. ԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱԳՅԱԿԱՆ ԿԱԳԸ ԸԳ-ի ՀԵՏ	ՄԱՀ*
g. ԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱԳՅԱԿԱՆ ԿԱԳԸ ԸԳ-ի ՀԵՏ	ՄԱՀ*

ՄԱՍ Գ – ԵԿԱՄՈՒՖՏ/ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐ/ՕԱԽՄԵՐ

6. a. Որքա՞ն է կազմում գուտ աշխատավարձի ընդհանուր գումարը կամ այլ եկամուտը, որը ստացել են կամ կստանան վերևում թվարկված բոլոր անձիք աղետի նպաստի ժամանակահատվածում:
\$ _____

b. Թվարկեք ձեր եկամտների բոլոր աղբյուրները՝ _____

7. Թվարկեք բոլոր կանխիկ դրամական միջոցները, որոնք կկարողանան ստանալ վերևում թվարկված անձիք աղետի նպաստի ժամանակահատվածում: Չներառեք որևէ դրամ՝ թվարկված համար 6-ում:

Կանխիկ դրամ	Խնայողական հաշվեհամարներ	Հաշվարկային հաշվեհամարներ	Այլ
\$	\$	\$	\$

8. Մուտքագրեք աղետի հետ կապված կորուստների կամ վնասների ծախսերի գումարը, որը դուք վճարել եք կամ ակնկալում եք վճարել աղետի ժամանակահատվածում: Մի թվարկեք այն գումարները, որոնք կվճարվեն որևէ մեկ այլ անձի կողմից, ով նշված չէ վերևում, կամ որոնք կփոխհատուցվեն աղետի ժամանակահատվածում: Նպատակային ծախսումները կարող են ներառել հետևյալներից ոմանք՝

a. Ընտանիքի տանը կամ այլ գույքին հասցրած վնասների վերանորոգման ծախսեր, որոնք էական են ընտանիքի անդամների զբաղվածության կամ ինքնագրավածության համար: \$ _____

b. Ժամանակավոր կացարանի ծախսեր, եթե տունը անբնակելի է, կամ ընտանիքը չի կարող այնտեղ հասնել: \$ _____

c. Ծախսեր աղետի հետևանքով տարահանման տարածքից տեղափոխման համար, \$ _____

d. Աղետի վնասներից տան կամ ձեռներեցության պաշտպանման ծախսեր, \$ _____

e. Անձնական վնասվածքների հետ կապված բժշկական ծախսեր: \$ _____

f. Աղետի հետ կապված հուղարկավորության ծախսեր: \$ _____

g. Աղետի հետևանքով տնային կենդանիների տեղափոխման վճարներ: \$ _____

h. Ծախսեր՝ կապված անհրաժեշտ անձնական և կենցաղային պարագաների փոխարինման հետ ինչպիսիք են՝ հագուստը, սարքերը, գործիքները և ուսուցողական նյութերը: \$ _____

i. Վառելիք առաջնային ջեռուցման աղբյուրի համար: \$ _____

j. Մաքրության պարագաների ծախսեր: \$ _____

k. Աղետից վնասված ավտոմեքենայի ծախսեր: \$ _____

l. Պահուստավորման ծախսեր: \$ _____

9. a. Վերոնշյալներից որևէ մեկը ներկայումս ստանո՞ւմ է CalFresh-ի նպաստներ: ԱՅՈ ՈՉ
Եթե այո, Ո՞վ? _____ Երջան _____ Նահանգ _____ Ամսական հատկացումներ \$ _____

b. Նրանք այս ամիս դիմե՞լ են CalFresh-ի նպաստների համար կամ ստացե՞լ են փոխհատուցում: ԱՅՈ ՈՉ
Եթե այո, ապա որքա՞ն են նրանք ստացել կամ կստանան: _____

ՁԵՐ ՀԱՎԱՍՏՈՒՄԸ

Ես հավաստում եմ, որ ես հասկանում եմ դիմումում նշված հարցերը, և որ իմ ընտանիքն ունի CalFresh-ի աղետի նպաստների կարիք: Ես կարողացել եմ վերոնշյալ Պատիժների նախագրուշագումը (կամ այն կարողացվել է ինձ համար): Ես լիազորում եմ յուրաքանչյուր տեղեկության թողարկում, որն անհրաժեշտ է իմ ընտրվելության ճշտությունը որոշելու համար: Եթե ես ընտրվեմ, ես լիովին կհամագործակցեմ շրջանային, պետական և դաշնային անձնակազմի հետ աղետի նպաստի ժամանակահատվածից հետո անցկացվող վերանայման հարցով: Ես նաև հասկանում եմ, որ ինձնից հնարավոր է պահանջեն հետ վճարել այն նպաստները, որոնք գերավճարվել են իմ ընտանիքի մեկ այլ չափահաս անդամի կամ լիազորված ներկայացուցչի կողմից սխալ կամ ոչ լիարժեք տեղեկության տրամադրման հետևանքով:

Ես հայտարարում եմ կեղծ ցուցմունք տալու համար պատժվելու սպառնալիքի ներքո համաձայն Աստերիկայի Միացյալ Նահանգների և Գալիֆորնիայի Նահանգի օրենսդրության, որ դիմումում պարունակվող տեղեկությունը ճշմարիտ է, ճիշտ և ամբողջական:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՉԱՓՆԱՍ ԱՆՈՒՄ ԿԱՄ ԼԻՆՁՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՅՈՒՑԻՉ)	ԱՄՍԱԹԻՎ	WORKER'S SIGNATURE	DATE
ՎԿԱ, ԵԹԵ ԴՈՒՔ ՍՏՈՐԱԳՐԵԼ ԵՔ "X" -ՈՎ	ԱՄՍԱԹԻՎ	SUPERVISOR'S SIGNATURE	DATE

COUNTY USE ONLY

Household size for the number of persons listed in 5 _____

Computation

A. Anticipated Income (from 6)	\$ _____
B. Accessible Cash Resources (from 7)	+ \$ _____
C. Total disaster period income = (A+B)	\$ _____
D. Total allowable disaster-related expenses (from 8)	- \$ _____
E. Accessible disaster period income (C-D)	= \$ _____
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table)	\$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO

Allotment

1. Disaster Allotment (from Table)	\$ _____
2. Regular Allotment Already Received	- \$ _____
3. Net Disaster Allotment (1-2)	= \$ _____

EBT Card Number issued # _____

YES NO