

ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ/ՄԵՐԺՄԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ CALFRESH-ի ԱՂԵՏՆԵՐԻ ԾՐԱԳՐԻ ՀԱՄԱՐ

ՇՐՋԱՆ

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

Ծանուցման
ամսաթիվ՝ _____
Գործ
Անուն՝ _____
Համար՝ _____
Աշխատակից
Անուն՝ _____
Համար՝ _____
Հեռախոս՝ _____
Հասցե՝ _____

(ՀԱՍՑԵԱՏԵՐ)

┌

└

Հարցե՞ր: Հարցրեք ձեր աշխատակցին:

Պետական լսումներ՝ Եթե դուք կարծում եք, որ այս որոշումը սխալ է, դուք կարող եք լսումներ պահանջել: Այս էջի հետևանքում գրված է, թե ինչպես դուք դա կարող եք անել: Ձեր նպաստները հնարավոր է չփոփոխվեն, եթե դուք լսումներ պահանջեք նախքան այս որոշման կայացումը:

- CalFresh-ի աղետի նպաստների համար ներկայացված ձեր դիմումը հաստատվել է:** Ձեր հավաստագիրը ընդգրկում է աղետի նպաստի ժամանակահատվածը՝ սկսած _____ մինչև _____:
CalFresh-ի աղետի նպաստի միանգամյա հատկացումը _____ հոգանոց ընտանիքի համար կազմում է _____:
- CalFresh-ի աղետի նպաստի համար ներկայացված ձեր դիմումը մերժվել է հետևյալ պատճառներով՝**
 - Դուք չեք ներկայացել CalFresh-ի աղետի ծրագրի հարցազրույցին:
 - Դուք չեք ապրել կամ աշխատել աղետի գոտում աղետի տեղի ունենալու պահին:
 - Ձեր եկամուտը և դրամական միջոցները գերազանցում են CalFresh-ի աղետների ծրագրի համար նախատեսված եկամտի և դրամական միջոցների սահմանաչափերը:
 - Այլ _____:

Ստորև ներկայացված աղյուսակը ցույց է տալիս, թե ինչպես ենք մենք հաշվել CalFresh-ի աղետի նպաստը ձեր ընտանիքի համար: Մենք օգտագործել ենք ձեր կողմից CalFresh-ի աղետների ծրագրի դիմումում (DFA 385) ներկայացված տեղեկությունը, որպեսզի որոշենք CalFresh-ի աղետի նպաստի գումարի չափը ձեր ընտանիքի համար:

CalFresh-ի աղետի նպաստի հաշվարկ՝	
a. Ակնկալվող եկամուտ	\$
b. Հասանելի կանխիկ դրամական միջոցներ	(+)
c. Աղետի ժամանակահատվածի ընդհանուր եկամուտ = (a+b)	(=)
d. Աղետին վերաբերող ընդհանուր թույլատրելի ծախսեր	(-)
e. Աղետի ժամանակահատվածի հասանելի եկամուտ = (c-d)	(=)
f. Աղետի առավելագույն եկամտի սահմանաչափի Ընտանիքի անդամների քանակի համար (օգտագործեք տեղեկությունը Աղետի աղյուսակից)	Ընտանիքի անդամների քանակ՝
Եթե (e)-ն հավասար կամ քիչ է քան (f)-ն, ընտանիքը համարվում է ընտրվելու իրավունք ունեցող:	
g. Աղետային հատկացումներ (Աղետի աղյուսակից)	
h. Արդեն ստացված պարբերաբար հատկացում (եթե այդպիսին առկա է)	(-)
i. Զուտ աղետային հատկացումներ (g-h)	(=)

Կանոններ՝ Կիրառվում են այն կանոնները: MPP 63-900
Դուք կարող եք վերանայել դրանք ձեր սոցիալական ապահովման գրասենյակում:

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 սոցալապահության 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 Սոցալապահության 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 սոցալապահության 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 Սոցալապահության 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		
ՏՆՆԱՆ ԹԻՎ	ՇԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՅԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆՆԵՐՍ
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	ԻՆՆԵՐՍ