

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

(NOTICE OF ACTION)

(Շարունակություն)

ՍՏԱՅՈՂ - ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅԱՆ ՍՏՈՒԳՈՒՄՆԵՐ

Ծանուցման ամսաթիվը՝ _____
 Գործի _____
 անվանումը _____
 Բամարը _____
 Աշխատողի _____
 անունը _____
 Բամարը _____
 Բեռախոսահամարը _____
 Բացելն _____

Դուք իրավասու չեք, բանի որ Ձեր **Ընդհանուր զուտ հաշվարկելի եկամուտը (#18)** ավելի մեծ է, քան Ձեր **Առավելագույն ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ վճարը (#20)**:

Ամսական դրամական օգնության քանակը

Մաս Ա. Հաշվարկելի եկամուտ, ամիս _____

1. Ինքնագործունեության եկամուտ \$ _____
2. Ինքնագործունեության ծախսեր՝
 ա. 40% ստանդարտ - _____
 ԿԱՄ
 բ. Իրական - _____
3. Չուտ շահույթ ինքնագործունեությունից = _____
4. Հաշմանդամության հիմունքով ընդհանուր չվաստակած եկամուտ (Disability-Based Income, DBI) (Օգնության միավոր + Առանց օգնության միավորի անդամներ) . \$ _____
5. \$225 DBI անտեսած (եթե #4 մեծ է \$225-ից) - _____
6. Հարկերից չազատված չվաստակած հաշմանդամության հիմունքով եկամուտ = _____
 ԿԱՄ
7. Չօգտագործած DBI անտեսած = _____
8. Չուտ շահույթ ինքնագործունեությունից (վերևից) . . = _____
9. Ընդհանուր այլ վաստակած եկամուտ + _____
10. Չօգտագործած գումար \$225-ից (#7-ից) - _____
11. Ենթագումար = _____
12. Վաստակած եկամուտ, անտեսած 50% - _____
13. Ենթագումար = _____
14. Հարկերից չազատված չվաստակած հաշմանդամության հիմունքով եկամուտ (#6-ից) + _____
15. Ենթագումար = _____
16. Հարկերից չազատված այլ եկամուտ (Օգնության միավոր + Առանց օգնության միավորի անդամներ) . + _____
17. Վարչաշրջանի կողմից գանձված երեխայի օգնություն, բացի առավելագույն ընտանիքի լրավճար ստացող երեխայից (միայն ֆինանսական իրավասության համար) + _____
18. **Ընդհանուր զուտ հաշվարկելի եկամուտ** = _____
19. **Առավելագույն օգնության վճար**
 Առավելագույն օգնություն _____ անձանց համար
 (Օգնության միավոր + Առանց օգնության միավորի անդամներ) \$ _____
 Հատուկ կարիքներ (Օգնության միավոր + Առանց օգնության միավորի անդամներ) + _____
20. **Առավելագույն օգնության վճար** = _____

ՎԱՆՈՆՆԵՐ. Այս կանոնները կիրառվում են. կարող եք վերանայել դրանք Ձեր վեբ-էջի գրասենյակում՝ MPP 44-207.2, SB 1041 (Գլուխ 47, 2012-ի ակտեր):

Նահանգային լսում. դուք կարող եք լսում պահանջել, եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է: Էջ 1-ի հետևի կողմում բացատրվում է ինչպես:

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 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-ի նպաստները նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը կամ Ձեր արտոնագրման ժամանակաշրջանի վերջը՝ կախված այն բանից, թե որը ավելի շուտ տեղի կունենա:

Եթե դատաքննության վճիռը որոշի, որ մենք ճիշտ էինք, Դուք մեզ պարտք կլինեք Ձեր ունեցած լրացուցիչ Cash Aid-ը, CalFresh-ը 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
 Child Care-ը

Քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննության վճիռին՝

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 ղեկավարված խնամքի ծրագրի անդամներ. Այս ծանուցման որոշումը կարող է Ձեզ կանխել Ձեր ղեկավարված խնամքի առողջապահական ծրագրից սպասարկումներ ստանալուն: Ձեզ թերևս 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 առջևի և հակառակ կողմերը Ձեզ մոտ պահելու համար:
- Եթե խնդրեք, Ձեր գործի ղեկավարը 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-ին

Medi-Cal-ին Այլ (թվարկեք) _____

ԱՀԱ, ԹԵ ԻՆՉՈՒՐ _____

- 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, ՈՒՄՆԱԳԱՍՏԸ ՄԵՐԹՎԵԼ Է ԿԱՍ ԴԱՏԱՔՆՆՈՒՄԸ:

ՄԱՆՈՒՆ ԹԻՎ _____ շԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ

ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ _____

ՔԱՂԱՔ _____ ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ _____ ԱՄՄԱԹԻՎ

ԱՅՍ ԶԵՎԱԹՈՒԴՅՈՒՆ ԼՐԱՆՈՂ 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 ՀԱՄՅՑԵ _____

ՔԱՂԱՔ _____ ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ