

Տանուցման ամսաթիվը
Գործի անվանումը
Համարը
Վշխատողի անունը
Համարը
Յեռախոսը
Հասցեն

(ADDRESSEE)

Հարցեր ունե՞ք: Հարցո՞ւք Ձեր աշխատողին:

Նահանգային լսում. Դուք կարող եք լսում պահանջել, եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է: Ձեր նպաստները չեն կարող փոխվել, եթե Դուք լսում եք պահանջում, նախքան այս գործողության իրականացումը: Եթե դուք և վարչաշրջանը համաձայնության չեք գալիս կամ եթե դուք չեք լսել ձեր աշխատողից, մի սպասեք լսում պահանջելու համար: Դուք պետք է լսում պահանջեք մի քանի օրերի ընթացքում: Տեսեք այս ծանուցման հետևի մասը լրացուցիչ տեղեկությունների համար ու պարզեք, ինչպես լսում պահանջել:

- համաձայն մեր արձանագրությունների՝ դուք չեք.
[] Ստորագրել Վելֆերից-Աշխատանքի ծրագիրը
[] ամսաթվին:
[] Մասնակցել _____-ին _____ ամսաթվին:
[] Արձանագրել մեծ առաջընթաց ձեր գործունեությունում, քանի որ _____:
[] Համաձայնվել անցնել աշխատանքի _____ վայրում:
[] Պահպանել ձեր աշխատանքը _____ վայրում:
[] Պահպանել եկամուտների նույն քանակը:

ՄԵՆԵ ՊԵՏԵ Ե ԽՈՍԵՆԵ ԶԵՉ ՀԵՏ

Ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը չնվազեցնելու նպատակով, մենք պետք է խոսենք ձեզ հետ այս խնդրի վերաբերյալ: Ձեզ համար նշանակվել է հանդիպում _____ ամաթվին, ժամը _____-ին, _____ վայրում: Եթե այս հանդիպմանը ներկա լինելու համար ձեզ անհրաժեշտ է տրանսպորտ կամ մանկական խնամք, ապա զանգահարեք Վելֆերից-Աշխատանքի ծրագրի աշխատակցին ստորև բերված հեռախոսահամարով:

Վելֆերից-Աշխատանքի աշխատողի անունը՝ _____

Հեռախոսահամարը՝ _____

Եթե չեք կարող ներկա գտնվել այս հանդիպմանը, ապա զանգահարեք ձեր աշխատակցին նոր ժամ պայմանավորվելու համար: Եթե չունենաք հարգելի պատճառ, ապա կարող եք փոխել այս հանդիպումը միայն մեկ անգամ: Խնդիրը քննարկելու համար դուք կարող եք նաև զանգահարել ձեր աշխատակցին՝ հանդիպմանը զնայու փոխարեն: Դուք պետք է զանգահարեք ձեր աշխատակցին հանդիպման համար նոր ժամ պայմանավորվելու կամ ձեր խնդրի մասին հեռախոսով խոսելու համար՝ զանգահարելով _____ հեռախոսահամարով:

Ձեր աշխատակցի հետ զրույցի ընթացքում ձեզ կհարցնեն, արդյոք ունեցել եք հարգելի պատճառ ("հարգելի պատճառաբանություն") չանելու համար այն, ինչ մենք ձեզանից խնդրել էինք անել: Եթե մենք պարզենք, որ դուք ունեցել եք հարգելի պատճառ, ապա տվյալ խնդիրը չի հանդիսանա ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը նվազեցնելու պատճառ: Հարգելի պատճառի օրինակ է մանկական խնամք կամ տրանսպորտ չունենալը: Հարգելի համարվող մյուս պատճառներին ծանոթանալու համար տեսեք սույն ծանուցմանը կից ներկայացվող "Հարգելի պատճառաբանության որոշման խնդրանք" ձևը:

Ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը չի նվազեցվի, եթե դուք կարողանաք մեզ ապացուցել, որ Վելֆերից-Աշխատանքի գործունեությունը չկատարելու ժամանակ դուք պետք է, որ ազատված լինեիք:

Եթե դուք չունենաք մեր խնդրանքները չկատարելու հարգելի պատճառ, ապա Վելֆերից-Աշխատանքի կանոններին համապատասխանելու համար դուք կարող եք համաձայնել համապատասխանության ծրագրին: Ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը չի նվազի, եթե դուք համաձայնեք համապատասխանության ծրագրին և անեք այն, ինչ ձեզանից պահանջի: Եթե դուք համաձայնեք համապատասխանության ծրագրին և հետագայում չանեք այն, ինչ ձեզանից կպահանջի ծրագիրը, ապա ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը կվաճեցվի: Այս դեպքում դուք կստանաք առանձին ծանուցում:

Կանոններ. կիրառվում են այս կանոնները. CalWORKs MPP § 42-712 (բացառություններ); 42-713 (հարգելի պատճառ); 42-721 (համապատասխանումը և հարգելի պատճառ): CalFresh MPP § 63-407.521: Կարող եք ծանոթանալ այս կանոններին ձեր վեբերի գրասենյակում:

ԻՆՉՊԵՏ ԿԱՆԽԵԼ ԶԵՐ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԿԱՆԽԻԿ ՎՃԱՐՄԱՄԲ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ՆԿԱՉԵՑՈՒՄԸ

_____ դրությամբ, ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը կնվազեցվի _____ \$-ից մինչև _____ \$, ինչպես ներկայացված է հաջորդ էջում, եթե միայն դուք մեզ չապացուցեք, որ մեր խնդրանքը չանելու համար ունեցել եք հարգելի պատճառ: Եթե դուք չունենաք հարգելի պատճառ, ապա կարող եք համաձայնել համապատասխանության ծրագրին՝ ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնության նվազեցումը կանխելու համար: Եթե դուք չհամաձայնեք համապատասխանության ծրագրին, ապա դուք այն չեք ստանա որևէ ծանուցում մինչև ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնության նվազեցումը:

Ստանալու համար լրացուցիչ տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչպես ենք մենք ստացել, թե որքան գումար կստանա ձեր ընտանիքը, եթե նվազեցվի ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը, տեսեք հաջորդ էջը:

Մենք չենք վճարելու տրանսպորտային, կամ աշխատանքին, կամ վերապատրաստումներին առնչվող ծախսերը, եթե դուք զրկված եք կանխիկ վճարմամբ օգնությունից: Մենք կարող ենք վճարել երեխաների խնամքի համար, եթե դուք աշխատում եք կամ սովորում դպրոցում:

ԻՆՉՊԵՏ ՆՈՐԻՑ ՍՏԱՆԱԼ ԿԱՆԽԻԿ ՎՃԱՐՄԱՄԲ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը նվազում է, քանի որ դուք չեք կատարել մեր կողմից ձեզ ներկայացված գործողությունները, և դուք հեռացվում եք Օգնության Միավորից: Եթե ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը նվազեցվի, ապա դուք կարող եք ստանալ կանխիկ վճարմամբ օգնության ձեր մասնաբաժինը, եթե դրա համար իրավասու լինեք՝ կապվելով վարչաշրջանի հետ և նրանց տեղեկացնելով, որ դուք ցանկանում եք կրկին օգտվել ձեր կանխիկ վճարմամբ օգնությունից, և այնուհետև անել այն, ինչ ձեզանից կպահանջի վարչաշրջանը:

ԿԱՆԽԻԿ ՎՃԱՐՄԱՄԲ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՆՈՐԻՑ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԿԱՐԶԱՇՐՋԱՆԻ ՀԵՏ ԿԱՊԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ ԶՆԱԳԱՅԱՐԵՍ _____:

Ընտանիքի մյուս ծնողը՝ _____, նույնպես կարող է կրկին ստանալ կանխիկ վճարմամբ օգնությունը, եթե նա ունենա համապատասխան իրավասություն՝ վարչաշրջանի հետ կապվելու միջոցով և վերջիններիս տեղեկացնելով, որ նա ցանկանում է կրկին ստանալ կանխիկ վճարմամբ օգնությունը, այնուհետև անել այն, ինչ կպահանջի վարչաշրջանը:

ՁԵՉ ԱՆՀՐԱՄԵ՛ՇԸ Ե ԱՆՎՃԱՐ ԻՐԱՎԱԲԱՆԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ: Այս խնդրի հետ կապված կարող եք ստանալ անվճար օգնություն հետևյալ մարմիններից.

Տեղային իրավաբանական օգնության գրասենյակ(____) _____

Նահանգային վեբերի իրավունքների կազմակերպություն(____) _____

CalFresh. Եթե Վելֆերից-Աշխատանքի պահանջներին չհամապատասխանումը նույնպես առաջացնի CalFresh-ի տուգանք, ապա, հնարավոր է, դուք կկարողանաք ստանալ CalFresh: Եթե անլա է CalFresh-ի տուգանք, ապա դուք կստանաք մեկ այլ ծանուցում, որը ձեզ կտեղեկացնի, թե որքան ժամանակով ձեր CalFresh-ի նպաստները կդադարեցվեն:

Medi-Cal. այս գործողության ծանուցումը Չի փոխում կամ դադարեցնում Medi-Cal նպաստները: Ծարունակեք օգտագործել ձեր պլաստիկ նպաստների հաստատման քարտ(եր)ը:

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: Արպեսզի 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 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 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

- **Չանգահարեք 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 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, ՈՒՄՆԱԴԱՏԱՑ ՄԵՐԺԿԵԼ Ե ԿԱՄԴԱՐԱՐԵՑՎԵԼ		
ՕՆՆԱՅՄԱՆ ԹԻՎ	ՀԵՌԱՅՈՒՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ		
ՔՍՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆՎԵՔՍ
ԱՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՄԱԹԻՎ	
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒԴՅՈՒՆ ԼՐԱՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱՅՈՒՍԱՀԱՄԱՐ	

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	ՀԵՌԱՅՈՒՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ		
ՔՍՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆՎԵՔՍ