ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

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

Ծանուցման ամսաթիվ :

Գործի անուն :

Թիվ :

Աշխատողի անուն :

Թիվ :

Հեռախոս :

24 ժամյա տեղեկատվություն :

Հասցե :

(ADDRESSEE)

Ունեք հարցե՞ր: Ուղղեք ձեր աշխատակցին կամ զանգահարեք վերը նշված հեռախոսահամարով:

Նահանգային լսում. եթե գտնում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, ապա կարող եք լսում պահանջել: Այս էջի ետեւում նշված է, թե ինչպես: Ձեր նպաստները հնարավոր է չփոխվեն, եթե լսում պահանջեք մինչեւ այս գործողության իրականացումը:

_____ -ի դրությամբ, Վարչաշրջանը դադարեցնում է Ձեր.

☐ Դրամական օգնությունը

☐ CalFresh-ը

Հետեւյալ ատճառով.

Այս եռամսյակում Ձեզնից ստացված եռամսյակային հաշվետվությունը (QR 7) ամբողջական չէ:

Որպեսզի շարունակեք ստանալ դրամական օգնություն եւ/կամ CalFresh-ի նպաստներ, պետք է ներկայացնեք լրացված QR 7 ձեւը:

QR 7-ը համարվում է ամբողջությամբ լրացված, եթե պատասխանել եք բոլոր հարցերին եւ կցել եք պահանջվող ապացույցները:

Վարչաշրջանը պետք է ստանա Ձեր ամբողջական հաշվետվությունը ոչ ուշ, քան հաջորդ ամսվա առաջին աշխատանքային օրը: Պետք է ուղարկեք կամ բերեք հետեւյալ տեղեկատվությունը.

☐ Լրացրեք կից ներկայացված հաշվետվության շրջանակով նշված կետերը:

☐ Լրացրեք կից ներկայացված հաշվետվության մեջ նշված հարցերը:

☐ Ուղարկեք կամ բերեք նշված ապացույցները

Ձեր տրամադրած տեղեկատվության հիման վրա կարող են փոփոխվել կամ դադարել Ձեր դրամական օգնությունը եւ/կամ CalFresh-ի նպաստները:

Եթե լրացված QR 7-ը ներկայացնեք հաջորդ ամսվա ընթացքում ցանկացած օր, որով ցույց տրվի, որ իրավունք ունեք ստանալ դրամական օգնություն եւ/կամ CalFresh-ի նպաստներ, Ձեր նպաստները կսկսվեն տրվել՝ սկսած ձեւը ներկայացնելու օրվանից:

Medi-Cal. Այս ծանուցագիրը ՉԻ փոփոխում կամ դադարեցնում Medi-Cal-ի նպաստները: Եթե որեւէ փոփոխություն լինի Ձեր Medi-Cal-ի նպաստներում, ապա Ձեզ կուղարկվի այլ ծանուցագիր: **Շարունակեք օգտագործել նպաստների ստացման Ձեր պլաստիկ քարտը(երը):**

Հնարավոր է, որ Դուք եւ Ձեր ընտանիքը շարունակեք ստանալ Medi-Cal, եթե դադարի Ձեր դրամական օգնությունը եւ.

- Ունեք եկամուտ որեւէ աշխատանքից, Ձեր կողմից սկսած բիզնեսից կամ ստացել եք աշխատավարձի բարձրացում:
- Սկսել եք ստանալ կամ արժանացել եք երեխայի/ամուսնու օգնության վճարների բարձրացման:

Կանոններ՝ Կիրառելի են հետեւյալ կանոնները: Դրանց կարող եք ծանոթանալ Ձեր սոցապահովության գրասենյակում՝ Դրամական օգնություն՝ MPP 40-105.1, 40-181.22; CalFresh՝ 63-103(n), 63-508.6: TCVAP, RCA եւ ECA՝ 70-105.1, 69-206 եւ 69-301:

Եթե QR 7-ը լրացնելու գործում օգնության կարիք ունեք, ապա Վարչաշրջանը կարող է աջակցել Ձեզ:

Զանգահարեք Վարչաշրջանին եւ օգնություն խնդրեք:

Անվճար հեռախոսահամար՝ _____

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 վճիռը 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) ☐ 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 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 բաժիններին: **(W&I օրենքի հատված 10850 և 10950:)**

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՋԵԼՈՒ 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.**

ԿԱՄ

- **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-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 ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՐՄ ՆՊԱՍՏԸ ՄԵՐԺՎԵԼ Է ԿԱՄ ԴԱԴԱՐԵՑՎԵԼ

ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ	
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՍԱԹԻՎ
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ ԼՐԱՑՆՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ

☐ **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	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ	
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ