

CALFRESH-ի ԾԱՆՈՒԹՈՒՄ ՄԵՐԺՄԱՆ/ՈՐԱԿԱԶՐԿՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅԻ ՍՆՆԴԻ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ՀԱՄԱՐ

ՎԱՐՉԱԾՐԱԶԱՆ

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

Ծանուցման ամսաթիվը _____
 Գործի անվանումը _____
 Համարը _____
 Աշխատողի անունը _____
 Համարը _____
 Յեռախոսը _____
 Հասցեն _____

(ADDRESSEE)

Հարցեր ունե՞ք: Հարցո՞ւե՛ք ձեր աշխատողին:

Նահանգային լսում. եթե Դուք կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, ապա Դուք կարող եք պահանջել նահանգային լսում: Սույն էջի հետևի կողմում բացատրվում է՝ ինչպես: Ձեր նպաստները չեն կարող փոխվել, եթե Դուք լսում եք պահանջում, նախքան այս գործողության իրականացումը:

Վարչաշրջանն իրականացնում է ներքոհիշյալ գործողությունը, քանի որ _____ չի հետևել CalFresh Կալիֆորնիայի Սննդի օգնության ծրագրի (California Food Assistance Program, CFAP) աշխատանքային կանոններին:

_____ դրությամբ,

- _____-ին մերժվում է CalFresh նպաստների ստացումը:
- _____-ը որակազրկվում է CalFresh ծրագրին մասնակցությունից:
- Ձեր կենցաղի CalFresh նպաստների չափը կփոխվի _____-ից _____:
- Այլ _____:

CalFresh նպաստներ կրկին ստանալու համար, _____ պետք է լինի իրավասու: Իրավասու լինելու համար, անձը պետք է.

- Ազատված լինի CFAP աշխատանքային կանոններից, կամ
- Գործողությունն ձեռնարկի՝ վերացնելու համար որակազրկումը կամ մերժումը:
- Դուք կարող եք ցանկացած պահի գործել այս որակազրկումը վերացնելու համար:
- Դուք կարող եք այս որակազրկումը վերացնելու համար գործողություններ կատարել միայն _____ ամսաթվից հետո: Դուք կարող եք վերացնել այս որակազրկումը ցանկացած պահի, եթե ազատվե՛ք աշխատանքային կանոններից:

Եթե ձեր կենցաղում եղել են այլ փոփոխություններ, ապա կստանաք մեկ այլ ծանուցում:

ԻՆՉՈՒ ԵՆ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԸ ԴԱԴԱՐԵՑՎՈՒՄ ԿԱՄ ՄԵՐԺՎՈՒՄ

ԻՆՉՊԵՍ ՍՍԱՆԱԼ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐ

<input type="checkbox"/> Չե՞ք ներկայացել նշանակված հանդիպմանը/ Չե՞ք ներկայացրել մեզ մեր պահանջած տեղեկատվությունը:	Չանգահարե՞ք մեզ/ Տվե՞ք մեզ տեղեկատվությունը:
<input type="checkbox"/> Չե՞ք ներկայացել աշխատանքի:	Անցե՞ք աշխատանքի, եթե այն դեռ առկա է, կամ գնացե՞ք այլ աշխատանքի, երբ ձեզ ուղարկում են:
<input type="checkbox"/> Մերժել եք աշխատանքի առաջարկը:	Ընդունե՞ք աշխատանքը, եթե այն դեռ առկա է, կամ փնտրե՞ք այլ աշխատանք: Այլ աշխատանքը պետք է լինի շաբաթական առնվազն 30 ժամ, կամ պետք է շաբաթական վճարի այնքան, որքան. • Ձեր կողմից մերժված՝ աշխատանքը, կամ • դաշնային նվազագույն աշխատավարձի 30-ապատիկը:
<input type="checkbox"/> Փոխել եք շաբաթվա ընթացքում աշխատած ժամերի քանակը շաբաթական 30 ժամից պակաս:	Ավելացրե՞ք շաբաթական աշխատած ժամերի քանակն առնվազն մինչև շաբաթական 30 ժամ:
<input type="checkbox"/> Ազատվել եք աշխատանքից սեփական նախաձեռնությամբ:	Վերադարձրե՞ք նախկին աշխատանքի, եթե այն դեռ ազատ է, կամ գտե՞ք մեկ այլ աշխատանք, որն առնվազն կունենա նույն վճարման չափը կամ ժամաբանակը, որն ունե՛ր այն աշխատանքը, որից դուք սեփական նախաձեռնությամբ ազատվել եք:
<input type="checkbox"/> Չե՞ք համապատասխանել Կալիֆորնիայի Աշխատանքի Հարավորությունների և Երեխաների հանդեպ պատասխանատվության (CalWORKS) Ծրագրի Վե՛լֆերից-Աշխատանքի կանոններին:	Սկսե՞ք համապատասխանել այդ պահանջներին:
<input type="checkbox"/> Չե՞ք իրականացրել աշխատանքի փնտրում, չե՞ք կատարել հանձնարարականը, չե՞ք հաճախել դպրոց կամ վերապատրաստման, ուր մենք ձեզ ուղարկել էինք:	Սկսե՞ք կատարել մեր հանձնարարականները: Չանգահարե՞ք կամ այցելե՞ք մեզ: Մենք կասենք ձեզ՝ ինչ անել:
<input type="checkbox"/> Այլ:	

Հնարավոր է վերոնշյալ անձը նույնպես ստիպված լինի համապատասխանելու CFAP Ոչ Օժանդակության աշխատանքային կանոններին: Եթե տվյալ անձը CalFresh իրավասու չէ, քանի որ չի համապատասխանել այդ կանոնին բավականաչափ թվով ամիսների ընթացքում, որպեսզի կարողանա շարունակել ստանալ CalFresh նպաստներ, ապա կուղարկվի մեկ այլ ծանուցում, որտեղ կնշվի, թե նա ինչ պետք է անի, որպեսզի կրկին ստանա CalFresh նպաստներ:

ԿԱՆՈՆՆԵՐ. _____ այս կանոնները կիրառվում են: Կարող եք դրանց ծանոթանալ ձեր վե՛լֆերի գրասենյակում:
 MPP 63-407 63-408 63-410 W&IC 18932(a) Վարչաշրջանի բոլոր նամակները 99-78 Այլ _____

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 Մոցապահության 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 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, ՈՒՄՆԴԱՍՏԸ ՄԵՐԺԿԵԼ Ե ԿԱՄԴԱՐԱՐԵՑՎԵԼ

ՕՆԿՅԱՆ ԹԻՎ	ՇԵՆՈՒՅՈՒՄԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՂԳ	ԻՆԴԵՔՍ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՄԱԹԻՎ	
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒԴՅՈՒՆ ԼՐԱՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՇԵՆՈՒՅՈՒՄԱՄԱՐ	

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	ՇԵՆՈՒՅՈՒՄԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՂԳ	ԻՆԴԵՔՍ