

SAR 7 ԻՐԱՎՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԻ ՉԵԿՈՒՅՑ



ՉԵԿՈՒՅՑԻ ԱՄԻՍ _____

Ձեր ՆՊԱՍՏԵՐԸ ԺԱՄԱՆԱԿԻՆ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԲԱՄԱՐ, ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՍՏՈՐԱԳՐԵԼ ՉԵՎԸ _____ 1-ԻՑ ԴԵՏՈ ԵՎ ՎԵՐԱԴԱՐՁՆԵԼ ՄԻՆՉԵՎ _____ 5-Ը
ՆԵՐՎԱՅՑՍԱԼ ԱՄԻՍ _____ ՆԵՐՎԱՅՑՍԱԼ ԱՄԻՍ _____

ԳՈՐԾԻ ԲԱՄԱՐՆ ԱՅՍՏԵՐ _____

ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ Ե ԶԱՐԿԱՎՈՐ: (County Specific instructions w/county url)

- Աշխատողի անունը՝ _____
- Աշխատողի հեռախոսահամարը՝ _____ [DIST. ID HERE]
- Վարչաշրջան՝ _____
- Փողոցի հասցեն՝ _____
- Զաղաքը, նահանգը, փոստային կոդը՝ _____
- ԳՏԱՅԻՆ ԿՈՂԸ՝ _____

Նշեք վանդակը, եթե ցանկանում եք ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ հետևյալից ԴԱԴԱՐԵՑՐԵԸ իմ CalWORKs ԴԱԴԱՐԵՑՐԵԸ իմ CalFresh
որևէ մեկի ստացումը՝ ԴԱԴԱՐԵՑՐԵԸ իմ Medi-Cal

1. Արդյո՞ք որևէ մեկը տեղափոխվել է ձեր տուն կամ հեռացել է այնտեղից (ներառյալ նորածին երեխաները), կամ արդյո՞ք դուք
տեղափոխվել եք որևէ մեկի տուն ձեր վերջին զեկուցման պահից: Այո Ոչ (Եթե այո, ապա լրացրեք ներքևի հատվածը)

Տեղափոխության ամսաթիվ (ամիս/օր/տարի)	Անուն (Անուն, միջին անուն, ազգանուն)	Ծննդյան ամսաթիվը	Բարեկամությունը ձեզ հետ՝	Կանոնավոր կերպով միասին գնումներ եք կատարում ու սնունդ պատրաստում:
<input type="checkbox"/> Ներս <input type="checkbox"/> Դուրս / /		/ /		<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
<input type="checkbox"/> Ներս <input type="checkbox"/> Դուրս / /		/ /		<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
<input type="checkbox"/> Ներս <input type="checkbox"/> Դուրս / /		/ /		<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ

2. Արդյո՞ք ձեր հասցեն փոխվել է ձեր վերջին զեկուցման պահից: Այո Ոչ (Եթե այո, ապա լրացրեք ներքևի հատվածը)
Նոր հասցեն՝ _____ Տեղափոխության ամսաթիվ՝ _____
Փոստային հասցե (եթե տարբերվում է վերևից)՝ _____

3. Եթե տեղափոխվել եք ձեր վերջին զեկուցման պահից, խնդրում ենք լրացնել ներքևի հատվածը՝
Ինչքա՞ն է այժմ ձեր ամսական տան վարձը կամ հիպոտեկան: Եթե առանձին եք վճարում, ապա ինչքա՞ն է այժմ կազմում ձեր անշարժ գույքի հարկն ու տան ապահովագրությունը:
\$ _____ \$ _____

Ունե՞ք արդյո՞ք կոմունալ ծառայությունների վճարումներ, որոնք ներառած չեն ձեր տան վարձի կամ հիպոտեկայի մեջ: Եթե այո, նշե՞ք, որոնք են՝
 Զեռախոս Աղբ Ջուր Էլեկտրականություն/գազ Ջեռացման կամ հովացման այլ ծախսեր

4. Միայն CalWORKs՝ Ձեր տանը որևէ մեկը՝

A. Փախչում է ձերբակալման հրամանից:
B. Ըստ դատարանի որոշման՝ խախտել է փորձաշրջանի կամ վաղաժամկետ ազատման պայմանները:
 Այո Ոչ (Եթե այո, լրացրեք ներքևի հատվածը)

Անձի անունը	A կամ B վերոնշյալից	Ո՞ր նահանգում է դուրս գրվել ձերբակալման հրամանը կամ տեղի ունեցել խախտումը:	Գրամանի կամ խախտման ամսաթիվ

5. Բժշկական ծախսեր. եթե CalFresh ստացող որևէ մեկի, ով 60 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի է կամ հաշմանդամ է,
բժշկական ծախսերն ավելացել են, խնդրում ենք լրացնել ներքևի հատվածը և հիմնավորող փաստեր կցել՝
Ո՞վ փոփոխություն ունի: _____ Ավելացման բանակը՝
\$ _____

6. Երեխայի ապրուստավճար. վերջին զեկույցի պահից արդյո՞ք փոխվել է CalFresh ստացող որևէ մեկի՝ երեխայի ապրուստավճարի
բանակը, որը նա պետք է վճարի: Այո Ոչ Եթե այո, լրացրեք ներքևի հատվածը և հիմնավորող փաստեր կցե՞ք:
Չեկույցի ամսում ինչքա՞ն է վճարվել: \$ _____
Ո՞վ է ապրուստավճար վճարել: _____

7. Խնամառուի խնամք. եթե CalFresh ստացող որևէ մեկի մոտ, ով աշխատում է, աշխատանք է փնտրում կամ դպրոց գնում, ավելացել են գրպանից
վճարվող խնամառուի խնամքի ծախսերը վերջին զեկույցից հետո, խնդրում ենք լրացնել ներքևի հատվածը և հիմնավորող փաստեր կցել՝
Չեկույցի ամսում ինչքա՞ն է վճարվել գրպանից: \$ _____
Ո՞վ է վճարել: _____ Թվարկեք խնամառու(ներ)ին՝ _____

8. Որևէ մեկը վերջին զեկույցից հետո արդյո՞ք ստացել, գնել, վաճառել, փոխանակել կամ նվիրել է որևէ գույք, հողամաս, տներ,
ավտոմեքենաներ, բանկային հաշիվներ, դրամ, վճարումներ (օրինակ՝ վիճակախաղի/խաղատան շահումներ, հետադարձ ուժ ունեցող
սոցիալական ապահովության նպաստներ) կամ այլ գույքի պարագաներ:
 Այո Ոչ (Եթե այո, լրացրեք ներքևի հատվածը և հիմնավորող փաստեր կցե՞ք: Եթե գրելու լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, առանձին թերթ կցե՞ք):

Ո՞վ	Գույքի տեսա՞կ	Ե՞րբ	Քանա՞կ/արժե՞ք	<input type="checkbox"/> Գնել է <input type="checkbox"/> Վաճառել է <input type="checkbox"/> Նվիրել է <input type="checkbox"/> Ծախսել է <input type="checkbox"/> Նվեր է ստացել <input type="checkbox"/> Փոխանակել է <input type="checkbox"/> Շահել է <input type="checkbox"/> Այլ

9. **Չեկույցի ամսում որևէ մեկը եկամուտ ստացել է աշխատանքային գործունեությունից:** Այո Ոչ (Եթե այո, լրացրեք ներքևի հատվածը և հիմնավորող փաստեր կցեք): **Չեկույցի ամիսը** նշված է առաջին էջի վերևում: Թվարկեք աշխատող յուրաքանչյուր անձի յուրաքանչյուր աշխատանքը: Եթե գրելու լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, առանձին թերթ կցեք: Օրինակ՝ երեխա խնամել, աշխատավարձ, ինքնազբաղվածություն, հիվանդության վճարումներ, թեյալվճարումներ և այլն: **Եթե կորցրել եք աշխատանքը, հիմնավորող փաստեր կցեք:**

	Աշխատանք #1	Աշխատանք #2	Աշխատանք #3
Եկամուտ ստացող անձի անունը՝			
Եկամտի աղբյուր/գործատուի անունը՝	Ինքնազբաղ, Նշեք այստեղ <input type="checkbox"/>	Ինքնազբաղ, Նշեք այստեղ <input type="checkbox"/>	Ինքնազբաղ, Նշեք այստեղ <input type="checkbox"/>
Ինչքան հաճախ է վճարվում՝	<input type="checkbox"/> Շաբաթական <input type="checkbox"/> Ամեն երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Այլ <input type="checkbox"/> Ամսական <input type="checkbox"/> Ամիսը երկու անգամ	<input type="checkbox"/> Շաբաթական <input type="checkbox"/> Ամեն երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Այլ <input type="checkbox"/> Ամսական <input type="checkbox"/> Ամիսը երկու անգամ	<input type="checkbox"/> Շաբաթական <input type="checkbox"/> Ամեն երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Այլ <input type="checkbox"/> Ամսական <input type="checkbox"/> Ամիսը երկու անգամ
Չեկույցի ամսում ստացված համախառն եկամուտը՝	\$ _____ US\$3500 ԱՄՍԱԹԻՎԸ(ՆԵՐԸ)՝	\$ _____ US\$3500 ԱՄՍԱԹԻՎԸ(ՆԵՐԸ)՝	\$ _____ US\$3500 ԱՄՍԱԹԻՎԸ(ՆԵՐԸ)՝
Ամսական աշխատած ժամաքանակը՝			

10. **Արդյո՞ք հաջորդ վեց ամսում ակնկալում եք աշխատանքային գործունեությունից ստացված եկամտի փոփոխություն (ներառյալ հարց #9 նշված եկամուտը):** Այո Ոչ (Եթե այո, ապա բացատրեք այստեղ և հիմնավորող փաստեր կցեք): Օրինակ՝ աշխատանքը դադարեցնել կամ սկսել, ավելացնել կամ նվազեցնել եկամուտը, ժամերի փոփոխություն, աշխատանքից ազատվել կամ գործադուլ հայտարարել, վճարումների ստացման հաճախականության փոփոխություն:

11. **Չեկույցի ամսում որևէ մեկը եկամուտ ստացել է այլ աղբյուրներից:** Այո Ոչ (Եթե այո, ապա լրացրեք ներքևի հատվածը և հիմնավորող փաստեր կցեք): Չեկույցի ամիսը նշված է առաջին էջի վերևում: Օրինակները ներառում են՝ սոցիալական ապահովություն, գործազրկության փոխհատուցում, վետերանների նպաստներ, նահանգային հաշմանդամության ապահովագրություն (SDI), երեխայի/ամուսնու ապրուստավճար, Աշխատողների փոխհատուցում, վարկեր/սվերներ, վաստակած/չվաստակած կացարան, կոմունալ ծառայություններ, սնունդ և այլն: Եթե նախկինում զեկուցած աղբյուրից այլևս եկամուտ չեք ստանում, **ապա հիմնավորող փաստեր կցեք:**

Անուն	Եկամտի աղբյուր	Մեկ անգամյա վճարում կամ ամսական	Ինչքան
			\$ _____
			\$ _____
			\$ _____

12. **Արդյո՞ք հաջորդ վեց ամսում ակնկալում եք այլ աղբյուրներից ստացված դրամի փոփոխություն (ներառյալ հարց #11 նշված դրամը):** Այո Ոչ (Եթե այո, ապա բացատրեք այստեղ և հիմնավորող փաստեր կցեք): Փոփոխությունների օրինակներ՝ եկամտի կամ նպաստների ավելացում կամ նվազեցում, կամ սկսելու եք կամ դադարեցնելու եք եկամուտ կամ նպաստներ ստանալ:

13. **Միայն CalWORKS՝ ձեր վերջին զեկույցից հետո արդյո՞ք ձեր տան որևէ անդամի հետ պատահել է հետևյալից մեկը՝** Այո Ոչ (Եթե այո, ապա Նշեք ներքևում և հիմնավորող փաստեր կցեք):

- Ընտանիքի փոփոխություն (արդյո՞ք ամուսնացել է, բաժանվել է, հեռացել է ամուսնուց, ձեռք է բերել Կալիֆորնիայի գրանցված բաղաբացիական զուգընկեր (RDP), ունի ոչ Կալիֆորնիական բաղաբացիական զուգընկեր (DP), դադարեցրել է DP կամ RDP, հղիացել է կամ այլևս հղի չէ):
 - Աշխատանք/աշխատանքային գործունեություն (արդյո՞ք սկսել է, դադարեցրել է, ազատվել է աշխատանքից, բիզնես է սկսել կամ գործադուլ է անցել):
 - Հաշմանդամություն (արդյո՞ք հաշմանդամ է դարձել կամ վերականգնվել է հաշմանդամությունից կամ ծանր հիվանդությունից):
 - Ներգաղթ (արդյո՞ք փոխվել է բաղաբացիության կամ ներգաղթի կարգավիճակը, USCIS-ից (INS) նոր քարտ, ձև կամ նամակ է ստացել):
 - Ապահովագրություն (արդյո՞ք սկսել է, դադարեցրել կամ փոխել առողջապահական, առամամաբուժական կամ կյանքի ապահովագրության նպաստները, այդ թվում՝ MEDICARE):
 - Խնամառություն (արդյո՞ք փոխվել է ձեր երեխայի խնամքի/խնամառության ժամաքանակը):
 - Տնային աջակցության ծառայություններ (արդյո՞ք սկսել է կամ դադարեցրել է ծառայություններ ստանալ):
 - Դպրոց հաճախելը
- 18 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի ուսանող՝ արդյո՞ք սկսել է կամ դադարեցրել է դպրոց/թուեջ հաճախել: (Հնարավոր է, որ կարողանաք հայցել ծախսերը գրքերի, դպրոց գնալու ճանապարհածախսի համար և այլն):
- Որևէ մեկը վճարել է իմ բնակեցման, սննդի, հագուստի կամ կոմունալ ծառայությունների բոլոր ծախսերը: (Խնդրում ենք բացատրել) _____
- Այլ _____

Խնդրում ենք ուշադիր կարդալ, ստորագրել և ամսագրել:

Ստորագրելով այս ձևաթուղթը՝

- Ես հասկանում եմ և հաստատում եմ, պատժի ահի ներքո, որ իմ բոլոր պատասխաններն այս զեկույցում ճշմարիտ են և ամբողջական, որքանով որ ինձ հայտնի է:
- Ես հասկանում եմ, որ խարոջարության համար տուգանքները հետևյալն են. ինձ կարող են բանտ ուղարկել մինչև 20 տարով և տուգանել մինչև \$250,000-ով: Ինձ կարող են պարտավորել հետ վճարել նպաստները, եթե ես իրավասու չեմ դրանց համար: Առաջին անգամ, երբ ես միտումնավոր խախտում եմ կանոնները, ես չեմ կարողանալ CalFresh ստանալ մեկ տարվա ընթացքում, երկրորդ անգամվա համար՝ երկու տարի, իսկ երրորդ անգամից հետո ես այլևս չեմ կարողանալ CalFresh ստանալ:
- Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ տրամադրել բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերի պատճենները, որոնք հարկավոր են իմ կիսամյակային զեկույցը լրացնելու համար:
- Ես հասկանում եմ, որ որոշ դեպքերում ինձ կարող են խնդրել վարչաշրջանին համաձայնություն տալ անհրաժեշտ կոնտակտներ հաստատելու համար, որպեսզի որոշվի իմ իրավունակությունը:

ՎԿԱՅԱԳԻՐ - ԽԱՐՈՋԱՆՈՒԹՅԱՆ ԶԳՈՒՇԱՅՈՒՄ

ԵՍ ՀԱՍՎԱԼՈՒՄ ԵՄ ՈՐ՝ Եթե ես միտումնավոր չեմ զեկուցում բոլոր փաստերը կամ սխալ տվյալներ եմ զեկուցում իմ եկամտի, ունեցվածքի կամ ընտանիքի կարգավիճակի մասին՝ օգնություն կամ նպաստներ ստանալու կամ պահպանելու նպատակով, ինձ կարող են հետապնել դատական կարգով: Ինձ կարող են նաև քրեական հանցագործության մեղադրանք ներկայացնել, եթե այդ գործունեության արդյունքում սխալամբ վճարված Cash Aid կամ CalFresh գումարը գերազանցի \$950: Ես ստացել եմ Cash Aid և CalFresh նպաստների համար SAR 7 Իրավունակության կարգավիճակի զեկույցի ցուցումների և տուգանքների պատճենը:

ԴՈՒՔ ՊԵՏԷ Է ԱՏՈՐԱԳՐԵՔ ԵՎ ԱՄՍԱԳՐԵՔ ԱՅՍ ԶԵԿՈՒՅՑ ԶԵԿՈՒՅՑԻ ԱՄՍԿԱ ՎԵՐՋԻՆ ՕՐԿԱՆՏՑ ՀԵՏՈ, ՀԱՎԱՌԱՎ ԴԵՊՅՈՒՄ ԱՅՆ ՀԱՄԱՐԿԵԼՈՒ Է ԿԻՍԱՑ: Միացյալ Նահանգների և Կալիֆորնիայի Նահանգի օրենքները խախտելու պատժի ներքո՝ ես հայտարարում եմ, որ այս զեկույցում պարունակվող փաստերը ճշմարիտ են, ստույգ և ամբողջական:

ՈՎ ՊԵՏԷ Է ԱՏՈՐԱԳՐԻ ՆԵՐԵՇԵՎՈՒՄ՝	Cash Aid-ի համար՝ դուք և օգնություն ստացող ձեր ամուսինը, գրանցված բաղաբացիական զուգընկերը կամ (դրամական օգնություն ստացող երեխաների) մյուս ծնողը, եթե ապրում է տանը:		
	CalFresh-ի համար՝ կենցաղի գույքը, կենցաղի պատասխանատու անդամը կամ կենցաղի յիգգոված ներկայացուցիչը:		
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՆ ՆԵՆՆ	ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԿԻԿԸ	ՏԱՆ ՀԵՌԱՆՈՒՄԱՅՄԱՐ ()	ԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԲՁՁՁՁՅԻՆ ՀԵՌԱՆՈՒՄԱՅՄԱՐ ()
ՍՄՈՒՆՈՒՄ: ԳՐԱՆՎԱՅՆ ԶՆԱՆՍԵՑԻՎԱՆ ԶՈՒԳՆԵՎԵՐՑՆ ԿԱՄ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՑՈՂ ԵՐԵՆԱՅԻՆ(ՆԵՐԻ) ՄՅՈՒՄ ԾՆՈՒԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԿԻԿԸ	ՆԵՆՆԻՆ ՎԿԱՅԻ, ԹԱՐԳԱՆԵՐԻ ԿԱՄ ԶԵԿՆ ԼՐԱՅՆՈՒ ԱՅՆ ԱՆԶԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԿԻԿԸ