

ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԴԻՍՈՒՄ CALFRESH, «ԿԱՆԽԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ» ԵՎ (ԿԱՄ)

MEDI-CAL/ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Եթե անաշխատունակ եք կամ այս դիմումի կապակցությամբ օգնության կարիք ունեք, տեղեկացրեք Վարչական շրջանի Սոցիալական ապահովության վարչությանը (այսուհետև՝ «Վարչական շրջան»), և Ձեզ կօգնեն:

Եթե նախընտրում եք խոսել, կարողալ կամ գրել անգլերենից տարբեր լեզվով, Վարչական շրջանը մարդ կնշանակի, ով անվճար կօգնի Ձեզ:

**Ինչպե՞ս դիմել:**

Օգտվեք այս դիմումի ձևից, եթե դիմում եք ներկայացնում պարենային օգնության (CalFresh), կանխիկ դրամական օգնության (Կալիֆոռնիա նահանգի «Անչափահաս երեխաներ ունեցող ընտանիքների կյուրակալ օգնություն և աշխատանքի տեղավորում» կամ «Փախստականներին տրվող դրամական օգնություն»), Կալիֆոռնիայի բժշկական օգնության (Medi-Cal) և (կամ) այլ առողջապահական ծրագրերի համար: Եթե ուզում եք դիմել միայն CalFresh ծրագրի համար, կարող եք Վարչական շրջանից խնդրել «միայն CalFresh» դիմումի ձևը: CalFresh-ը պարենային օգնության ծրագիր է, որն օգնում է վճարել Ձեր ընտանիքի համար սննդամթերք գնելու ծախսերը: Եթե ուզում եք դիմել միայն առողջապահական ծրագրի համար, կարող եք Վարչական շրջանից խնդրել «միայն առողջապահություն» դիմումի ձևը: Առողջապահությունը ներառում է էժան ապահովագրություն Medi-Cal-ի համար, մատչելի անհատական բժշկական ապահովագրություն կամ հարկային վարկ, որը կարող է Ձեզ օգնել վճարել բժշկական ապահովագրության վճարները:

Այս ծրագրերից ցանկացածին դիմել կարող եք նաև առցանց՝ այցելելով <http://www.benefitscal.org/> կայքը:

- Եթե կարող եք, լրացրեք ամբողջ դիմումի ձևը: Հարցազրույցի ընթացքում հարցեր կտրվեն, որպեսզի որոշվի Ձեր համապատասխանությունը պահանջներին: SAWS 2 Plus ձևում ներկայացված են այդ հարցերը, եթե ուզում եք լրացնել ձևի թղթային տարբերակը (պարզապես դիմեք Վարչական շրջանին): Դուք պետք է Վարչական շրջանին տրամադրեք առնվազն Ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը (դիմումի 1-ին էջի 1-ին հարցը) CalFresh-ի գործընթացը սկսելու համար: Կանխիկ դրամական օգնության համար պետք է դիմումի 1-ին և 2-րդ էջերում լրացնեք 1-5 հարցերը և ստորագրեք դիմումի գործընթացը սկսելու համար:
- Յուրաքանչյուր ծրագիր ունի խորհրդանիշ (ցուցադրված է այս էջի վերևում), որը ցույց է տալիս, թե որ հարցերը որ ծրագրերին են վերաբերում: Կանխիկ դրամական օգնության համար դա դուրսի նշան է, CalFresh-ի համար գնումների սայլակը, իսկ բժշկական ապահովագրության համար շտապօգնության մեքենան: Օրինակ՝ եթե չեք դիմում կանխիկ դրամական օգնության համար, հարկ չկա պատասխանելու միայն դուրսի նշանով նշված հարցերին:
- դիմումը Վարչական շրջանին հանձնեք անձամբ, փոստով, հեռապատճենով կամ ինտերնետով:
- Այն օրվանից, երբ Վարչական շրջանը ստանում է Ձեր ստորագրված դիմումը, սկսվում է Ձեզ պատասխան տալու ժամանակը՝ արդյոք կարող եք նպաստներ ստանալ: Եթե գտնվում եք հաստատությունում, այդ ժամանակը սկսվում է այնտեղից դուրս գալու օրվանից:

**Ո՞րն է իմ հաջորդ քայլը:**

- Դիմումը ստորագրելուց առաջ կարողացեք Ձեր իրավունքների ու պարտականությունների մասին («Ծրագրի կանոններ» էջերը):
- Դուք պետք է հարցազրույց անցնեք Վարչական շրջանում՝ Ձեր դիմումը քննարկելու համար: Եթե հաշմանդամություն ունեք, այլ պայմանավորվածություններ կարող են ձեռք բերվել:
- Եթե դիմումը թերի էք լրացրել, այն կարող եք ավարտել հարցազրույցի ընթացքում:
- Ձեզնից կպահանջվի ներկայացնել Ձեր եկամուտը, ծախսերը և այլ հանգամանքներ հաստատող փաստաթղթեր՝ տեսնելու համար, թե արդյոք համապատասխանում եք պահանջներին:

**Ինչքա՞ն կտևի դիմումի գործընթացը:**

CalFresh-ի համար ներկայացված Ձեր դիմումի ընթացքը կարող է տևել մինչև 30 օր: Կանխիկ դրամական օգնության և Medi-Cal-ի համար՝ մինչև 45 օր: Հրատապ հանգամանքներում դիմեք Վարչական շրջանին՝ պարզելու, թե ինչպես անհապաղ ստանաք նպաստները կամ առողջապահական ծառայությունը:

Հնարավոր է, որ կարողանաք CalFresh նպաստներ ստանալ 3 օրացուցային օրվա ընթացքում, եթե՝

- Ձեր ընտանիքի ամսական համախառն եկամուտը (եկամուտ նախքան նվազեցումները) \$150-ից քիչ է, իսկ Ձեր ձեռքին եղած կանխիկ փողը կամ ընթացիկ չեկային կամ խնայողական հաշիվներում առկա գումարը չի գերազանցում \$100, կամ,
- Ձեր ընտանիքի բնակարանային ծախսերը (վարձակալություն կամ գրավադրման փոխառություն և կենցաղային ծառայություններ) ավելին են, քան Ձեր ամսական համախառն եկամուտը և չեկային կամ խնայողական հաշիվներում առկա փողը, կամ,
- Դուք արտագնա կամ սեզոնային գյուղատնտեսական աշխատողի ընտանիք եք՝ Ձեր չեկային կամ խնայողական հաշիվներում ունենալով \$100-ից քիչ գումար, և 1) այլևս եկամուտ չեք ստանում, կամ 2) սկսել եք եկամուտ ունենալ, բայց չեք ակնկալում \$25-ից ավելի ստանալ հաջորդ 10 օրում:

Կանխիկ դրամական օգնության դեպքում կարող եք անհապաղ օժանդակություն ստանալ, եթե՝

- Դուք անօթևան եք կամ ստացել եք վտարման մասին ծանուցագիր կամ տան վարձը վճարելու կամ տեղափոխվելու մասին հիշեցում, կամ,
- Ձեր սննդամթերքը կվերջանա երեք օրվա ընթացքում,
- Ձեզ սպասարկվող կենցաղային ծառայություններն անջատվել են կամ կանջատվեն,
- Դուք չունեք բավարար քանակությամբ հագուստ կամ խանձարուր,
- Դուք այլ տեսակի ծայրահեղ անհրաժեշտության մեջ եք, որը կարևոր է առողջության և անվտանգության համար:

**Տեղեկատվական էջ - Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:**

Որպեսզի Վարչական շրջանին օգնեք որոշել՝ արդյոք կարող եք նպաստներն ավելի արագ ստանալ, խնդրում ենք պատասխանել այս ձևի 1-ին հարցին և SAWS 2 PLUS ձևի 6-րդից մինչև 9-րդ, 15-րդ և 24-րդ հարցերին: Դիմումի հետ միասին անձը հաստատող փաստաթուղթ ներկայացրեք Վարչական շրջանին (եթե ունեք այդպիսի փաստաթուղթ):

Վարչական շրջանը Ձեզ նամակ կուղարկի՝ տեղեկացնելով, թե արդյոք Ձեր ընտանիքը հաստատում կամ մերժում է ստացել Ձեր դիմած նպաստների համար:

**Ի՞նչ է հարկավոր իմ հարցազրույցի համար:**

Ձգձգումներից խուսափելու համար, հարցազրույցի ներկայանալիս, բերեք ստորև նշված փաստաթղթերը: Հարցազրույցին ներկայացրեք, նույնիսկ եթե փաստաթղթեր չունեք: Հնարավոր է՝ Վարչական շրջանը կարողանա օգնել Ձեզ, եթե փաստաթղթերը ձեռք բերելու համար օգնության կարիք ունեք: Հարցազրույցի ընթացքում Վարչական շրջանը կուսումնասիրի դիմումում նշված տեղեկությունները և հարցեր կտա՝ պարզելու, թե արդյոք կարող եք նպաստներ ստանալ, և ինչ գումարի նպաստներ կարող եք ստանալ:

**Նպաստներ ստանալու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերը**

- անձը հաստատող փաստաթուղթ (վարորդական իրավունքի վկայական, նահանգային նույնականացման քարտ, անձնագիր) .
- կանխիկ դրամական օգնության համար դիմող յուրաքանչյուր անձի ծննդյան վկայականը .
- Ձեր բնակության վայրը հաստատող փաստաթուղթ (վարձակալության պայմանագիր, կոմունալ ծառայությունների վարձավճարի ընթացիկ անդորրագիր, որտեղ նշված է հասցեն) .
- օգնության համար դիմող յուրաքանչյուր անձի սոցիալական ապահովության քարտի համարը (ստորև տե՛ս ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող որոշ անձանց մասին ծանոթագրությունը) .
- Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների բանկային հաշիվներում առկա գումարը (բանկային հաշիվների վերջերս տրված քաղվածքներ) .
- Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների վաստակած եկամուտը վերջին 30 օրվա ընթացքում (վերջերս տրված աշխատավարձի վճարման անդորրագրերը, գործատուի տեղեկանքը): **ՏԱՆՈՒԹՅՈՒՆ**. Մեփական գործ ունենալու դեպքում՝ եկամուտների և ծախսերի կամ հարկերի վճարման հաշվետվությունները .
- չվաստակած եկամուտը (գործազրկության նպաստներ, սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտ (SSI), սոցիալական ապահովագրություն, վետերանի նպաստներ, երեխայի ապրուստավճար, արտադրական վնասվածքի փոխհատուցում, դպրոցական դրամաշնորհներ կամ վարկեր, վարձակալությունից ստացվող եկամուտ և այլն) .
- օրինական ներգաղթային կարգավիճակ **ՄԻԱՅՆ** օրինական ոչ-քաղաքացիների համար, ովքեր դիմում են նպաստներ ստանալու համար (օտարերկրացու գրանցման քարտ, վիզա): **ՏԱՆՈՒԹՅՈՒՆ**. Հնարավոր է, որ ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող որոշ անձանցից, ովքեր ներգաղթային կարգավիճակի համար դիմում են ներկայացնում ընտանեկան բռնության, քրեական գործով դատավարության կամ մարդկանց առևտրի պատճառով, այդպիսի փաստաթուղթ չպահանջվի: Նրանց դեպքում կարող է նաև սոցիալական ապահովության քարտի համարի անհրաժեշտություն չլինել:

**Ի՞նչ է ևս անօթևան է՞մ:**

Եթե անօթևան եք, Վարչական շրջանին անհապաղ տեղյակ պահեք այդ մասին, որպեսզի Ձեզ կարողանան օգնել գտնել որևէ հասցե, որը կօգտագործվի Ձեր դիմումն ընդունելու և Վարչական շրջանից Ձեր գործի վերաբերյալ ծանուցագրեր ստանալու համար: CalFresh-ի և կանխիկ դրամական օգնության պարագայում անօթևան լինելը նշանակում է, որ Դուք

- A. մնում եք վերահսկվող օթևանում, սոցիալական վերականգնման հաստատությունում կամ նմանատիպ վայրում .
- B. մնում եք ուրիշ մարդու կամ ընտանիքի տանը 90 օրից ոչ ավելի .
- C. քնում եք քնի համար չնախատեսված կամ սովորաբար քնելու համար օգտագործվող վայրում (միջանցքում, ավտոբուսի կանգառում, նախասրահում կամ նմանատիպ վայրերում):

**Տեղեկատվական էջ - Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:**

## ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ ԵՎ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

### Ձեր պարտավորությունն է՝

- Վարչական շրջանին տրամադրել Ձեր իրավունակությունը որոշելու համար անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները.
- անհրաժեշտության դեպքում Վարչական շրջանին տրամադրել Ձեր ունեցած տեղեկությունների հիմքերը.
- պահանջի դեպքում հաղորդել փոփոխությունների մասին: Վարչական շրջանը Ձեզ տեղեկատվություն կտա առ այն, թե ինչ էրբեք և ինչպես հաղորդեք: Պարենային օգնության (CalFresh) ծրագրի կամ կանխիկ դրամական օգնության դեպքում, եթե չեք բավարարում Ձեր ընտանիքի մասին հաշվետվության պահանջները, Ձեր գործը կարող է փակվել, կամ Ձեզ հատկացվող նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել.
- փնտրել, ստանալ կամ պահել աշխատանք կամ գրադվել այլ գործունեությամբ, եթե Վարչական շրջանը Ձեզ տեղեկացնի, որ դա պարտադիր է Ձեր գործում.
- լիովին համագործակցել վարչական շրջանի, նահանգային կամ դաշնային աշխատակազմի հետ, եթե Ձեր գործն ընտրվել է ուսումնասիրման կամ հետաքննման համար՝ համոզվելու, որ Ձեր իրավունակության ու նպաստների աստիճանը ճիշտ է հաշվարկվել: Այս ուսումնասիրություններում չհամագործակցելը կհանգեցնի Ձեր նպաստների կորստին.
- վերադարձնել ցանկացած կանխիկ դրամական օգնություն կամ CalFresh նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք չեք ունեցել:

### Դուք իրավունք ունեք՝

- դիմում ներկայացնելու CalFresh ծրագրի համար՝ տրամադրելով միայն Ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը.
- անհրաժեշտության դեպքում անվճար ունենալու Նահանգի կողմից հատկացված թարգմանիչ.
- ունենալու Վարչական շրջանին տրամադրված տեղեկությունները գաղտնի պահելու երաշխիք, եթե այդ տեղեկություններն ուղղակիորեն չեն առնչվում վարչական շրջանի ծրագրերի կառավարմանը.
- ցանկացած ժամանակ հետ վերցնելու Ձեր դիմումը, նախքան Վարչական շրջանը կորոշի Ձեր իրավունակությունը.
- խնդրելու օգնություն, որպեսզի լրացնեք Ձեր դիմումը կամ ստանաք հարկավոր ապացույցն ու կանոնների բացատրությունը.
- արժանանալու քաղաքավարի, սիրալիր ու հարգալից վերաբերմունքի և չենթարկվելու որևէ խտրականության.
- 3 օրվա ընթացքում ստանալու CalFresh նպաստներ, եթե համապատասխանում եք Արագացված ծառայության (Expedited Service) պահանջներին.
- մեկ օրվա ընթացքում ստանալու կանխիկ դրամական օգնություն, եթե համապատասխանում եք Անհապաղ կարիքի (Immediate Need) պահանջներին.
- դիմումը ներկայացնելուց հետո ողջամիտ ժամկետում հարցազրույցի հրավիրվելու վարչական շրջանի կողմից և ունենալու երաշխիք, որ 30 օրվա ընթացքում կորոշվի CalFresh-ից օգտվելու Ձեր իրավունքը, կամ 45 օրվա ընթացքում՝ կանխիկ դրամական օգնություն ստանալու և Կալիֆոռնիայի բժշկական օգնության ծրագրից (Medi-Cal) օգտվելու իրավունքը.
- ունենալու առնվազն 10 օր, որպեսզի Ձեր իրավունակությունը որոշելու նպատակով Վարչական շրջանին ներկայացնեք անհրաժեշտ ապացույցը.
- Վարչական շրջանի կողմից Ձեր CalFresh նպաստները կամ կանխիկ դրամական օգնությունը նվազեցնելուց կամ դադարեցնելուց առնվազն 10 օր առաջ գրավոր ծանուցում ստանալու այդ մասին.
- Ձեր գործն Վարչական շրջանի հետ քննարկելու և վերջինիս կողմից ուսումնասիրվելու, եթե այդպիսի խնդրանք ներկայացնեք.
- 90 օրվա ընթացքում պահանջելու նահանգային լսումներ, եթե Ձեր գործի հարցում համաձայն չեք Վարչական շրջանի դիրքորոշմանը: Եթե լսումներ եք պահանջում նախքան Ձեր գործի վերաբերյալ որևէ գործողության տեղի ունենալը, ապա Ձեր նպաստները նույն կմասն մինչև լսումները կամ Ձեր վկայագրման ժամանակաշրջանի ավարտը՝ նայած, թե այդ երկու իրադարձություններից որն ավելի շուտ տեղի կունենա: Դուք կարող եք Վարչական շրջանին խնդրել, որ նպաստների փոփոխություն թույլ տա միայն լսումներից հետո, որպեսզի ստիպված չլինեք վերադարձնել որևէ գերավճարված նպաստ: Եթե Վարչական իրավախախտումների գործերով դատավորը վճիռ է կայացնում Ձեր օգտին, ապա Վարչական շրջանը Ձեզ կվերադարձնի նախկինում կրճատված բոլոր նպաստները.
- հարցնելու լսումներին վերաբերող Ձեր իրավունքների մասին կամ պահանջելու իրավաբանական օգնության նշանակում՝ օգտվելով անվճար հեռախոսահամարներից՝ **1-800-952-5253** կամ, լսողության և խոսքի խանգարումներով անձանց համար, ովքեր խուլերի հեռահաղորդակցման սարք (ԽՀՍ) են օգտագործում, **1-800-952-8349**: Դուք կարող եք անվճար իրավաբանական օգնություն ստանալ իրավաբանական օգնության կամ սոցիալական օգնության իրավունքների տեղական գրասենյակներից.
- լսումներին ներկայանալու ընկերոջ կամ այլ անձի հետ, եթե չեք ուզում մենակ լինել.
- Վարչական շրջանից օգնություն ստանալու քվեարկման համար գրանցվելու հարցում.
- հայտնելու փոփոխությունները, որոնց մասին հաղորդելը պարտադիր չէ, եթե դա կարող է մեծացնել Ձեր CalFresh նպաստները կամ կանխիկ դրամական օգնությունը.
- ապացույց տրամադրելու Ձեր տնային տնտեսության ծախսերի վերաբերյալ, որը կարող է նպաստել ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալուն: Վարչական շրջանին ապացույց չտրամադրելը նույնն է, ինչ ասելը, թե ծախսեր չունեք, և այդ դեպքում Դուք չեք կարողանա ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալ.
- Վարչական շրջանին տեղյակ պահելու այն մասին, թե արդյոք կցանկանայիք, որ մեկ այլ անձ Ձեր CalFresh նպաստներն օգտագործի Ձեր ընտանիքի համար կամ օգնի Ձեր CalFresh ծրագրի գործում (Լիազոր ներկայացուցիչ):
- Դուք նաև Medi-Cal գործակալության իրավունք եք տալիս հետամուտ լինելու և բժշկական աջակցություն ստանալու ամուսնուց կամ ծնողից: Եթե կարծում եք, որ բժշկական աջակցություն ստանալու նպատակով համագործակցելը կվնասի Ձեզ կամ Ձեր երեխաներին, կարող եք այդ մասին ասել Medi-Cal գործակալությանը և հրաժարվել համագործակցելուց:

**Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:**

**Ծրագրի կանոնները և տուգանքները**

Դուք հանցանք կգործեք, եթե կեղծ կամ սխալ տեղեկատվություն տրամադրեք կամ միտումնավոր չտրամադրեք բոլոր տեղեկություններն այն նպատակով, որպեսզի ստանաք CalFresh, կանխիկ դրամական օգնություն և Medi-Cal, որոնք ստանալու իրավունք չունեք, կամ որպեսզի ինչ-որ այլ անձի օգնեք ստանալ նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք նա չունի: Դուք պարտավոր եք վերադարձնել ցանկացած նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք չեք ունեցել: Եթե դա միտումնավոր անեք և ստանաք \$950 գերազանցող նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք չեք ունեցել, ապա կարող եք մեղադրվել քրեական հանցագործության մեջ:

<p><b>CalFresh-ի պարագայում ես հասկանում եմ, որ, եթե միտումնավոր թույլ տամ ծրագրի խախտում՝ կատարելով ստորև նշվածներից որևէ մեկը</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• թաքցնեմ տեղեկություններ կամ կեղծ հայտարարություններ անեմ</li> <li>• օգտագործեմ նպաստների էլեկտրոնային փոխանցման (electronic benefit transfer, EBT) քարտեր, որոնք պատկանում են մեկ ուրիշին, կամ թույլ տամ, որ մեկ ուրիշն օգտագործի իմ քարտը</li> <li>• CalFresh նպաստներն օգտագործեմ ավտոմատ կամ ձեռքով կամ ծխախոտ գնելու համար</li> <li>• փոխանակեմ, վաճառեմ կամ նվիրեմ CalFresh նպաստները կամ EBT քարտերը</li> <li>• CalFresh նպաստները փոխանակեմ վերահսկվող նյութերի, օրինակ՝ թմրանյութերի հետ</li> <li>• կեղծ տեղեկություններ տրամադրեմ իմ անձի և բնակվելու վայրի մասին, որպեսզի կարողանամ հավելյալ CalFresh նպաստներ ստանալ</li> <li>• դատապարտված լինեմ \$500-ից ավելի մեծ արժողությամբ CalFresh նպաստներ փոխանակելու կամ վաճառելու կամ CalFresh նպաստները հրազենի, զինամթերքի կամ պայթուցիկ նյութերի հետ փոխանակելու համար</li> </ul>	<p><b>Ես կարող եմ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• առաջին հանցանքի դեպքում 12 ամսով զրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ</li> <li>• երկրորդ հանցանքի դեպքում 24 ամսով զրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ</li> <li>• երրորդ հանցանքի դեպքում ընդմիջտ զրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ</li> <li>• տուգանվել մինչև \$250000, ազատազրկվել մինչև 20 տարի, կամ՝ երկուսը</li> </ul> <p><b>Ես կարող եմ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• առաջին հանցանքի դեպքում 24 ամսով զրկվել CalFresh նպաստներից</li> <li>• երկրորդ հանցանքի դեպքում ընդմիջտ զրկվել CalFresh նպաստներից</li> <li>• յուրաքանչյուր հանցանքի դեպքում 10 տարով զրկվել CalFresh նպաստներից</li> <li>• առհավետ զրկվել CalFresh նպաստներից:</li> </ul>
<p><b>Կանխիկ դրամական օգնության պարագայում ես հասկանում եմ, որ եթե...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• դատապարտված լինեմ ծրագրի միտումնավոր խախտման համար</li> <li>• չհետևեմ կանխիկ դրամական օգնության կանոններին</li> <li>• դատարանի կամ վարչական լուսնների կողմից մեղավոր ճանաչվեմ որոշակի տեսակի խարդախություններ կատարելու մեջ</li> </ul>	<p><b>Ես կարող եմ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• զրկվել կանխիկ դրամական օգնությունից</li> <li>• տուգանվել մինչև \$10000 և (կամ) ազատազրկվել կամ բանտարկվել 5 տարի ժամկետով</li> <li>• զրկվել կանխիկ դրամական օգնությունից 6 ամիս, 12 ամիս, 2 տարի, 4 տարի, 5 տարի կամ ընդմիջտ:</li> </ul>

**Կարևոր տեղեկություններ Միացյալ Նահանգների քաղաքացի չհանդիսացող անձանց համար**

- Դուք կարող եք դիմել և CalFresh նպաստներ կամ կանխիկ դրամական օգնություն ստանալ որանք ստանալու իրավունք ունեցող անձանց համար, նույնիսկ եթե Ձեր ընտանիքի անդամ լինեմ որանք ստանալու իրավունք չունեցող այլ անձինք: Օրինակ՝ ներգաղթյալ ծնողները կարող են CalFresh նպաստների կամ կանխիկ դրամական օգնության համար դիմել ԱՄՆ քաղաքացի հանդիսացող կամ պահանջներին համապատասխանող ներգաղթյալ երեխաների համար՝ չնայած ծնողներն իրենք կարող են որանք ստանալու իրավունք չունենալ:
- Պարենային նպաստներ ստանալու հանգամանքը չի ազդի Ձեր կամ Ձեր ընտանիքի ներգաղթյալ կարգավիճակի վրա: Ներգաղթի վերաբերյալ տեղեկությունները մասնավոր և գաղտնի են:
- Միացյալ Նահանգների քաղաքացի չհանդիսացող անձանց ներգաղթյալ կարգավիճակը, ովքեր իրավունակ են և դիմում են նպաստների համար, ստուգվելու են ԱՄՆ Քաղաքացիության և ներգաղթի ծառայությունների (Citizenship and Immigration Services, USCIS) կողմից: Ըստ դաշնային օրենսդրության՝ USCIS-ը չի կարող տեղեկություններն օգտագործել որևէ այլ նպատակով, բացի խարդախության դեպքերից:

**Հրաժարում**

Դուք պարտավոր չեք ներգաղթի վերաբերյալ տեղեկություններ, սոցիալական ապահովության քարտի համարներ կամ փաստաթղթեր տրամադրել ընտանիքի՝ ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող և նպաստներ ստանալու համար չդիմող անդամի կամ անդամների համար: Հարկ կլինի, որ Վարչական շրջանը տեղեկություններ ունենա նրանց եկամտի և միջոցների մասին, որպեսզի ստույգ որոշի Ձեր ընտանիքի նպաստների չափը: Վարչական շրջանը USCIS-ին չի դիմի այն մարդկանց մասին տեղեկանալու համար, ովքեր նպաստների համար չեն դիմում:

**Սոցիալական ապահովության քարտերի համարների (SSN) օգտագործում**

CalFresh և կանխիկ դրամական օգնություն. CalFresh նպաստների կամ կանխիկ դրամական օգնության համար դիմող ցանկացած ոք պետք է տրամադրի SSN համար, եթե այդպիսին ունի, կամ ապացույց, որ դիմել է SSN ստանալու համար (օրինակ՝ տեղեկանք Սոցիալական ապահովության գրասենյակից): Մենք կարող ենք մերժել Ձեզ կամ Ձեր ընտանիքի ցանկացած անդամին, ով SSN չի տրամադրում մեզ: Որոշ անձինք, օրինակ՝ ընտանեկան բռնության գոհերը, քրեական գործով մեղադրող կողմի վկաները և մարդկանց առևտրի գոհերը, պարտավոր չեն օգնություն ստանալու համար SSN համարներ տրամադրել:

Բժշկական ապահովագրություն/Medi-Cal. Մեզ հարկավոր է Ձեր SSN համարը, եթե ուզում եք բժշկական ապահովագրություն և SSN ունենալ: Ձեր SSN-ը տրամադրելը կարող է օգտակար լինել նաև այն դեպքում, եթե չեք ուզում ունենալ բժշկական ապահովագրություն, քանի որ դա կարող է արագացնել դիմումի գործընթացը: SSN համարներն օգտագործվում են եկամուտն ու այլ տեղեկություններ ստուգելու համար, որպեսզի տեսնենք, թե ով ունի բժշկական ապահովագրության ծախսերը ներառող օգնություն ստանալու իրավունք: SSN համար ստանալու հարցում օգնության կարիք ունենալու դեպքում զանգահարեք 1-800-772-1213 կամ այցելեք կայքը՝ [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)

**Գերթողարկում**

Դա նշանակում է, որ Դուք ստացել եք ավելի շատ CalFresh նպաստներ, քան պետք է ստանայիք: Ձեզնից կպահանջվի դրանք հետ վերադարձնել, նույնիսկ եթե վարչական շրջանը սխալվել է, կամ դա նպատակային չի եղել: Հնարավոր է, որ Ձեր նպաստները նվազեցվեն կամ դադարեցվեն: Ձեր SSN համարը կարող է օգտագործվել տիրապետած նպաստների գումարը դատարանների, գանձող գործակալությունների կամ դաշնային կառավարության գանձման գործողության միջոցով գանձելու համար:

**Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:**

## Գերավճար

Դա նշանակում է, որ Դուք ստացել եք ավելի շատ կանխիկ դրամական օգնություն, քան պետք է ստանայիք: Ճիշտ ինչպես CalFresh նպաստների դեպքում, Ձեզնից կպահանջվի դրանք հետ վերադարձնել, նույնիսկ եթե Վարչական շրջանը սխալվել է, կամ դա նպատակային չի եղել: Հնարավոր է, որ Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունը նվազեցվի կամ դադարեցվի: Ձեր SSN համարը կարող է օգտագործվել տիրապետած նպաստների գումարը դատարանների, գանձող գործակալությունների կամ դաշնային կառավարության գանձման գործողության միջոցով գանձելու համար:

## Հաղորդում փոփոխությունների մասին

Նպաստներ ստացող ցանկացած ընտանիք պետք է հաղորդի որոշակի փոփոխությունների մասին: Ձեր վարչական շրջանը կասի, թե ինչ փոփոխությունների մասին հաղորդել, ինչպես և երբ դրանք հաղորդել: Փոփոխությունների մասին չհաղորդելը կարող է հանգեցնել Ձեր նպաստների նվազեցմանը կամ դադարեցմանը: Նաև կարող եք հաղորդել այնպիսի իրադարձությունների մասին, որոնք կարող են մեծացնել Ձեր նպաստները, օրինակ՝ ավելի քիչ եկամուտ ստանալու մասին:

## Նահանգային լուսմներ

Դուք նահանգային լուսմներ իրավունք ունեք, եթե համաձայն չեք Ձեր դիմումի կամ ընթացիկ նպաստների հետ կապված որևէ գործողության: Դուք կարող եք նահանգային լուսմներ պահանջել Վարչական շրջանի գործողությունից հետո 90 օրվա ընթացքում, և պետք է բացատրեք լուսմներ պահանջելու պատճառը: Հաստատման կամ մերժման մասին ծանուցագիրը, որը կստանաք Վարչական շրջանից, բողոքարկման կարգի վերաբերյալ տեղեկատվություն կպարունակի: Եթե լուսմներ պահանջեք նախքան գործողության տեղի ունենալը, ապա կկարողանաք մինչև որոշման կայացումը նույն մակարդակի վրա պահել Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունն ու CalFresh նպաստները:

## Մասնավոր կյանքի անձեռնմխելիության մասին օրենքը և տեղեկությունների բացահայտումը

Դուք դիմումի մեջ ներկայացնում եք անձնական տեղեկություններ: Վարչական շրջանն այդ տեղեկություններն օգտագործում է, որպեսզի որոշի՝ արդյոք համապատասխանում եք նպաստներ ստանալու պահանջներին: Եթե տեղեկություններ չտրամադրեք, Վարչական շրջանը կարող է մերժել Ձեր դիմումը: Դուք ունեք Վարչական շրջանին տրամադրած ցանկացած տեղեկություն վերանայելու, փոխելու կամ ուղղելու իրավունք: Վարչական շրջանը Ձեր տեղեկությունները ցույց չի տա կամ չի տրամադրի ուրիշներին, եթե Վարչական շրջանին չտաք այդպիսի թույլտվություն, կամ եթե դաշնային և նահանգային օրենսդրությունը դա թույլ չտա: Վարչական շրջանն այդ տեղեկությունները կստուգի համապատասխանությունը ստուգող համակարգչային ծրագրերի միջոցով, ներառյալ Եկամուտների և աշխատավարձերի ստուգման համակարգը (Income and Earnings Verification System, IEVS): Այս տեղեկություններն օգտագործվելու են ծրագրի կանոնակարգերի համապատասխանելը մշտադիտարկելու և ծրագիրը կառավարելու նպատակով: Վարչական շրջանը կարող է այդ տեղեկությունները հայտնել ուրիշ դաշնային և նահանգային գործակալություններին՝ պաշտոնական քննություն անցկացնելու համար, իրավապահ մարմինների աշխատակիցներին՝ օրենքից խուսափող և փախչող անձանց ձերբակալելու նպատակով, և մասնավոր հայցեր հավաքող գործակալություններին՝ փոխհատուցման հայցեր հավաքելու գործողություն իրականացնելու համար: Վարչական շրջանը կարող է ստուգել նպաստների համար դիմող ընտանիքի անդամների ներգաղթային կարգավիճակը՝ դիմելով USCIS-ին: Տեղեկությունները, որոնք Վարչական շրջանը ձեռք է բերում այդ գործակալություններից, կարող են ազդել Ձեր իրավունակության և նպաստների մակարդակի վրա:

Վարչական շրջանը Ձեր դիմումի մեջ նշված տեղեկությունները կօգտագործի բժշկական ապահովագրության ծախսերի վճարումը ներառող օգնություն ստանալու Ձեր իրավունքը ստուգելու նպատակով: Վարչական շրջանը կստուգի Ձեր պատասխանները՝ օգտվելով նահանգային և դաշնային էլեկտրոնային տվյալների շտեմարաններում և Ներքին եկամուտների ծառայության (Internal Revenue Service, IRS), Սոցիալական ապահովագրության վարչության (Social Security Administration), Ներքին անվտանգության նախարարության (Department of Homeland Security) և (կամ) սպառողների վարկունակության մասին տեղեկությունների հավաքման և տրամադրման գործակալության տվյալների շտեմարաններում առկա տեղեկություններից: Եթե տեղեկությունները չեն համընկնում, Վարչական շրջանը կարող է Ձեզ խնդրել ապացույց ուղարկել:

## Խտրականության անթույլատրելիություն

Նահանգի և Վարչական շրջանի քաղաքականությունը սահմանում է հավասար, հարգալից և արժանապատիվ վերաբերմունք բոլոր մարդկանց նկատմամբ: Դաշնային օրենսդրության և ԱՄՆ Գյուղդեպարտամենտի (U.S. Department of Agriculture, USDA) քաղաքականության համաձայն՝ խստիվ արգելվում է խտրականությունն ըստ ռասայական պատկանելության, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, սեռի, տարիքի, կրոնի, քաղաքական հայացքների կամ որևէ հաշմանդամության:

Խտրականության հարցով բողոք ներկայացնելու համար դիմեք ձեր Վարչական շրջանի քաղաքացիական իրավունքների հարցերով համակարգողին կամ գրեք կամ զանգահարեք USDA-ին կամ Կալիֆոռնիա նահանգի Սոցիալական ծառայությունների վարչությանը (California Department of Social Services, CDSS)

USDA, Director  
Office of Civil Rights, Room 326-W  
Whitten Building  
1400 Independence Ave.  
Washington D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (ձայնային և ԽՅՄ)

CDSS  
Civil Rights Bureau  
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
1-866-741-6241 (անվճար)

USDA-ը հավասար հնարավորություններ տրամադրող գործատու է:

## CalFresh-ի աշխատանքային կանոններ

Վարչական շրջանը կարող է Ձեզ հանձնարարել աշխատանքային ծրագիր: Ձեզ կտեղեկացվի՝ արդյոք դա կամավոր է, թե Դուք պարտավոր եք կատարել աշխատանքային ծրագիրը: Եթե ունեք պարտադիր աշխատանքային գործունեություն, բայց այն չեք կատարում, Ձեզ հատկացվող նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել:

Հնարավոր է, որ չունենաք CalFresh-ից օգտվելու իրավունք, եթե վերջերս թողել եք որևէ աշխատանք:

## Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:



## CalWORKs (Սոցիալական ապահովությունից՝ դեպի աշխատանք) ծրագրի աշխատանքային կանոններ

Եթե կանխիկ դրամական օգնություն եք ստանում, ապա պետք է մասնակցեք «Սոցիալական ապահովությունից՝ դեպի աշխատանք» (Welfare-to-Work, WTW) ծրագրին, եթե դրանցից ազատված չեք: Վարչական շրջանը Ձեզ կտեղեկացնի արդյոք ազատված եք WTW-ից: Եթե Ձեզ հանձնարարված աշխատանքները չկատարեք, Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունը կարող է նվազեցվել կամ դադարեցվել:

## CalWORKs – մատնահետքեր վերցնելը և լուսանկարահանելը

Ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամները, ովքեր կանխիկ դրամական օգնություն ստանալու իրավունք ունեն, պետք է մատնահետքեր հանձնեն և լուսանկարահանվեն: Եթե որևէ մեկը, ով պարտադիր պետք է համագործակցի այս կանոնների համաձայն, մատնահետքեր չհանձնի կամ չլուսանկարահանվի, ամբողջ ընտանիքը կզրկվի նպաստներից: Մատնահետքերը և լուսանկարները գաղտնի են և կարող են օգտագործվել միայն սոցիալական նպաստների առնչվող խարդախությունը կանխելու կամ դատական կարգով հետապնդելու նպատակով:

## Ինչպե՞ս ստանամ և օգտագործեմ իմ նպաստները:

### CalFresh և կանխիկ դրամական օգնություն.

- Վարչական շրջանը փոստով կառաքի կամ անձամբ Ձեզ կտա նպաստների էլեկտրոնային փոխանցման պլաստիկ քարտ (EBT): Նպաստները կնուտագրվեն քարտի մեջ, երբ Ձեր դիմումը հաստատվի: Քարտը ստանալիս այն ստորագրեք: Դուք պիտի անձնական նույնականացման համար (PIN) ստեղծեք, որպեսզի կարողանաք կանխիկ փող հանել բանկոմատներից կամ սննդամթերք և (կամ) այլ ապրանքներ գնել:
- Եթե Ձեր EBT քարտը կորչի, գողացվի կամ փչանա, կամ եթե կարծում եք, որ ինչ-որ մեկը, հավանաբար, գիտի Ձեր PIN համարը, երբ չեք ցանկանում օգտագործել նպաստները, անհապաղ գանգահարեք (877) 328-9677 կամ Վարչական շրջանի հեռախոսահամարով՝ այդ մասին հայտնելու և PIN համարը փոխելու համար: Համոզվեք, որ բոլոր պատասխանատու չափահասները և Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը նույնպես գիտեն, թե ինչպես անհապաղ հայտնել այդ խնդիրների մասին: Ցանկացած նպաստ, որը Ձեր հաշվից կհանվի նախքան EBT քարտի կամ PIN համարի կորստյան կամ գողացման մասին հայտնելը, **ՉԻ** վերականգնվի:
- Ձեր CalFresh նպաստները կարող եք օգտագործել գրեթե ամեն տեսակի սննդամթերք, ինչպես նաև Ձեր սեփական մթերքն աճեցնելու նպատակով սերմեր և բույսեր գնելու համար: Չի թույլատրվում գնել ալկոհոլ, ծխախոտ, ընտանի կենդանիների սնունդ, որոշ տեսակների եփված սննդամթերք կամ ցանկացած բան, որը սննդամթերք չէ (օրինակ՝ ատամի մածուկ, օձառ կամ թղթե սրբիչներ):
- CalFresh նպաստներն ընդունվում են նպարեղենի խանութների մեծ մասում և սննդամթերք վաճառող այլ վայրերում: Կանխիկ դրամական օգնությունը կարող է օգտագործվել խանութների և բանկոմատների մեծ մասում: Հնարավոր է որոշ բանկոմատներ միջնորդավճար գանձեն: Միջնորդավճար կարող է լինել նաև այն դեպքում, երբ բանկոմատից օգտվեք երեք անգամ կանխիկ փող հանելուց հետո: Ձեր մոտակայքում գտնվող և EBT ընդունող վայրերի ցանկին ծանոթանալու համար այցելեք <https://www.ebt.ca.gov> կամ <https://www.snapfresh.org> կայքերը: Նաև կարող եք պարզել, թե որտեղ կարող եք կանխիկացում կատարել առանց միջնորդավճարի:
- CalFresh նպաստները նախատեսված են միայն Ձեզ և Ձեր ընտանիքի անդամների համար: Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունը միայն Ձեզ և Ձեր ընտանիքի այն անդամների համար է, ովքեր հաստատվել են կանխիկ դրամական օգնություն ստանալու համար: Կանխիկ դրամական օգնությունը նախատեսված է Ձեր ընտանիքի հիմնական կարիքների (բնակարանային պայմաններ, սնունդ, հագուստեղեն և այլն) բավարարմանը նպաստելու համար: Ապահով պահեք Ձեր նպաստները: Որևէ մեկին մի՛ հայտնեք Ձեր PIN համարը: PIN համարը մի՛ պահեք Ձեր EBT քարտի հետ:
- Ձեր EBT քարտի ցանկացած օգտագործում Ձեր, ընտանիքի անդամի, լիազոր ներկայացուցչի կամ որևէ մեկի կողմից, ում կամավոր տվել եք Ձեր EBT քարտը կամ PIN-ը, կհամարվի Ձեր հավանությանը իրականացված, և Ձեր հաշվից հանված որևէ նպաստ **ՉԻ** վերականգնվի:

### Medi-Cal և Առողջապահություն.

- Medi-Cal-ի համար կստանաք նպաստների նույնականացման քարտ (Benefits Identification Card, BIC):
  - Ստորագրեք Ձեր BIC քարտը, երբ այն ստանաք, և օգտագործեք միայն անհրաժեշտ առողջապահական ծառայություններ ստանալու նպատակով:
  - Երբեք դեմ մի նետեք Ձեր BIC քարտը (եթե մենք նոր BIC չենք տալիս Ձեզ): Հարկավոր է BIC-ը պահել, նույնիսկ եթե այլևս չեք օգտվում Medi-Cal-ից: Դուք կարող եք նույն BIC-ն օգտագործել, եթե նորից կանխիկ դրամական օգնություն կամ Medi-Cal ստանաք:
  - Երբ Դուք կամ ընտանիքի անդամը հիվանդ եք կամ այցելում եք բժշկին, BIC քարտը ներկայացրեք բժշկական ծառայություն մատուցողին:
  - Արտակարգ իրավիճակում, իրավիճակի առաջացումից հետո հնարավորինս շուտ, BIC քարտը ներկայացրեք բժշկական ծառայություն մատուցողին, ով իրականացրել է Ձեր կամ Ձեր ընտանիքի անդամի (անդամների) բուժումը:
- Այլ առողջապահական ծրագրերի դեպքում Դուք բժշկական ապահովագրության պլանի քարտ կստանաք Ձեզ սպասարկող փոստատարից:

**Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:**

Խնդրում ենք գրել սև կամ կապույտ թանաքով, քանի որ այդպես ավելի հեշտ է կարդալ և առավել լավ է պատճենահանվում: Խնդրում ենք տպագիր գրել Ձեր պատասխանները:

Եթե հարցին (հարցերին) պատասխանելու համար ավելի շատ տեղ է հարկավոր, կցեք լրացուցիչ թերթեր՝ տեղեկություններ տրամադրելու համար: Անպայման նշեք, թե լրացուցիչ թերթի վրա որ հարցի մասին եք գրում:

**1. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԴԻՄՈՂԻ ՄԱՍԻՆ**

ԱՆՈՒՐ (ԱՆՈՒՆ, ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)	ԱՅՆ ԱՆՈՒՆՆԵՐ (ՕՐԴՈՂԴԱԿԱՆ ԱԶԳԱՆՈՒՆ, ՄԱԿԱՆՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԱՅՆԱ)	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏԻ ՀԱՄԱՐԸ (ԵԹԵ ՈՒՆԵՔ ԵՎ ԴԻՄՈՒՄ ԵՔ ԼՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)
------------------------------------	---	---

ՏԱՆ ՀԱՍՑԵՆ ԵՎ ԴԵՂԻ ԶԵՐ ՏՈՒՆ ՏԱՆՈՂ ՈՒՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	ԲՆԱԿԱՐԱՆ #	ՔԱՂԱՔԸ	ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԸ	ՆԱՀԱՐԸ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ
ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵՆ (ԵԹԵ ՎԵՐԸ ՆԵՎԱԾԻՑ ՏԱՐԲԵՐ Է)	ԲՆԱԿԱՐԱՆ #	ՔԱՂԱՔԸ	ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԸ	ՆԱՀԱՐԸ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ

Ես ուզում եմ այս դիմումի վերաբերյալ տեղեկատվություն ստանալ հեկտրոնային փոստով:  Այո  Ոչ

Ես ուզում եմ իմ գործի վերաբերյալ հաղորդագրություններ ստանալ  Այո  Ոչ

ՏԱՆ ՀԵՆՈՒՄՈՍԸ

ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ/ԱՅԼՈՒՏՐԱՆՔԱՅԻՆ/ՀԱՂՈՂԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԹՈՂՆԵԼՈՒ ՀԵՆՈՒՄՈՍԸ

ԷԼՓՈՍԻ ՀԱՍՑԵՆ

Ո՞ր ծրագրերի համար եք Դուք դիմում:

CalFresh  Վանխիկ դրամական օգնություն  Բժշկական ապահովագրություն

Դուք ունե՞ք հաշմանդամություն և օգնության կարիք՝ դիմումը լրացնելու համար:  Այո  Ոչ

Դուք անօթևան եք:  Այո  Ոչ Եթե այո, Վարչական շրջանին անհապաղ տեղյակ պահեք Ձեր անօթևան լինելու մասին, որպեսզի Ձեզ կարողանան օգնել գտնել որևէ հասցե, որը կօգտագործվի Ձեր դիմումն ընդունելու և վարչական շրջանից Ձեր գործի մասին ծանուցագրեր ստանալու համար:

Ո՞ր լեզվով եք նախընտրում կարդալ (եթե այդ լեզուն անգլերենը չէ): \_\_\_\_\_

Ո՞ր լեզվով եք նախընտրում խոսել (եթե այդ լեզուն անգլերենը չէ): \_\_\_\_\_

Վարչական շրջանն անվճար կտրամադրի թարգմանիչ: Եթե խոլ եք կամ թույլ լսողություն ունեք, նշեք այստեղ

<p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p> <p>Ձեր ընտանիքի ամսական համախառն եկամուտը 150 ԱՄՆ դոլարից քիչ է և կանխիկ փողի, ընթացիկ չեկային և խնայողական հաշիվներում առկա փողի գումարը \$100 կամ ավելի պակաս է:</p>	<p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p> <p>Ձեզ սպասարկվող կենցաղային ծառայություններն անջատվել են, կամ ստացել եք անջատման մասին ծանուցագիր:</p>
<p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p> <p>Ձեր ընտանիքի միացյալ համախառն եկամուտը և իրացվելի միջոցները ավելի քիչ են, քան վարձակալության վճարի կամ գրավադրման փոխառության և կենցաղային ծառայությունների վճարման ընդհանուր գումարը:</p>	<p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p> <p>Ձեր սննդամթերքը կապավի՞՞ 3 օրվա ընթացքում կամ ավելի շուտ:</p>
<p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p> <p>Ձեր ընտանիքն արտագնա կամ սեզոնային գյուղատնտեսական աշխատողի ընտանիք է \$100 չգերազանցող իրացվելի միջոցներով:</p>	<p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p> <p>Ունե՞ք փոխադրման հետ կապված օգնության կարիք, որպեսզի ձեզ բերեք սննդամթերք, հագուստեղեն, բժշկական խնամք կամ այլ ծայրահեղ անհրաժեշտության ապրանք(ներ):</p>
<p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p> <p>Դուք ունե՞ք վտարման մասին ծանուցագիր կամ տան վարձը վճարելու կամ դուրս գալու մասին հիշեցում:</p>	<p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p> <p>Դուք ունե՞ք անհրաժեշտ հագուստի կարիք, օրինակ՝ խանձարորի կամ ցուրտ եղանակի համար նախատեսված հագուստի:</p>

Ընտանիքում հղի կա՞:  Այո  Ոչ Եթե այո, նա ստացել է Ենթադրական համապատասխանության քարտ (Presumptive Eligibility card):  Այո  Ոչ

Ձեր ընտանիքում որևէ մեկը գտնվո՞ւմ է անձնական արտակարգ հանգամանքներում:  Այո  Ոչ Եթե այո, նշեք վանդակը՝  Հղիություն  Անհետաձգելի բուժօգնության կարիք  Բռնություն երեխայի նկատմամբ  Ընտանեկան բռնություն  Բռնություն տարեց անձանց նկատմամբ  Առողջությանը կամ անվտանգությանը սպառնացող այլ արտակարգ հանգամանքներ: Բացատրեք.

Ես հասկանում եմ, որ, կեղծ վկայության (կեղծ հայտարարությունների) համար պատժի ահի ներքո այս դիմումը ստորագրելով՝

- ես կարդացել եմ, կամ ինձ համար կարդացել են, այս դիմումի մեջ տրված տեղեկություններն ու իմ պատասխանները դիմումում տրված հարցերին.
- հարցերին տրված իմ պատասխանները ճշմարիտ և լրիվ են այնքանով, որքանով տեղյակ եմ.
- ցանկացած պատասխան, որ կարող եմ տալ իմ դիմումի գործընթացի համար, ճշմարիտ և լրիվ կլինի այնքանով, որքանով տեղյակ եմ.
- ես կարդացել եմ, կամ ինձ համար կարդացել են, և ես հասկանում ու ընդունում եմ «Իրավունքները և պարտականությունները» (Օրագրի կանոնները, էջ 1).
- ես կարդացել եմ, կամ ինձ համար կարդացել են, «Օրագրի կանոնները և տուգանքները» (Օրագրի կանոնները, էջ 2-4).
- ես հասկանում եմ, որ, ծրագրի պահանջներին համապատասխանությունը հաստատելու նպատակով կեղծ կամ մոլորեցնող հայտարարություններ անելը կամ փաստերը խեղաթյուրելը, թաքցնելը կամ չհայտնելը խարդախություն է, և որ ես կարող եմ տուգանքների ենթարկվել դաշնային օրենսդրության համաձայն, եթե տրամադրեն կեղծ կամ ոչ ճշմարիտ տեղեկություններ: Խարդախության պատճառով կարող է քրեական գործ հարուցվել իմ դեմ, և (կամ) ես կարող եմ որոշ ժամանակով (կամ ցմահ) ազատազրկվել CalFresh նպաստներ և կանխիկ դրամական օգնություն ստանալու համար.
- ես հասկանում եմ, որ նպաստների համար դիմող ընտանիքի անդամների սոցիալական ապահովության քարտի համարները կամ ներգաղթային կարգավիճակները կարող են դաշնային օրենսդրությամբ պահանջվող դեպքերում հաղորդվել համապատասխան կառավարական հաստատություններին.
- ես Medi-Cal գործակալությանը իրավունք եմ տալիս հետամուտ լինելու և փող ստանալու առողջության ապահովագրություն իրականացնող այլ կազմակերպություններից, դատական կարգավորումներից կամ այլ երրորդ անձանցից:

ԴԻՄՈՂԻ, ԽՆԱՄՈՂ ԱԶԳԱԿԱՆ (ԿԱՄ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԶՓԱՎԱՍ ԱՆՂԱՄԻ ԿԱՄ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՑԱՑՈՒՑՅՈՒՑԻ* ԿԱՄ ԽՆԱՄԱԿԱՆ) ՍՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ԹՎԱԿԱՆ
*Եթե Լիազոր ներկայացուցիչ ունեք, խնդրում ենք լրացնել հաջորդ էջի 2-րդ հարցը:	
ԱՄՈՒՄՆՈՒ, ԱՅՆ, ՇՆՈՂԻ, ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ, ՍՏԱՅՈՂ ԱՅՆ, ԶՓԱՎԱՍԻ ԿԱՄ ԳՐԱՆՑՎԱԾ ՔԱՂԱՔԱՅԻՆ ԶՈՒԳԸՎԵՐՈՋ ՍՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ԹՎԱԿԱՆ



## 2. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԸ

Դուք իրավունք ունեք 18 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի որևէ մեկին լիազորելու, որպեսզի նա Ձեր ընտանիքին օգնի CalFresh նպաստներ ստանալու հարցում: Այդ մարդը նաև կարող է հարցազրույցի ժամանակ խոսել Ձեր անունից, օգնել լրացնել ձևաթղթերը, գնումներ կատարել Ձեզ համար և հաղորդել փոփոխությունների մասին Ձեր փոխարեն: Դուք պարտավոր կլինեք փոխհատուցել բոլոր նպաստները, որոնք կարող եք սխալմամբ ստանալ այն տեղեկությունների պատճառով, որոնք այդ մարդը տրամադրում է Վարչական շրջանին, և ցանկացած նպաստ, որը չէք ցանկացել, որ նա ծախսի, չի վերականգնվի: Եթե Դուք Լիազոր ներկայացուցիչ եք, հարկ կլինի Ձեր և զինուղի անձը հաստատող փաստաթուղթ ներկայացնել Վարչական շրջանին:

Ուզու՞մ եք ինչ-որ մեկին որպես օգնական նշանակել Ձեր CalFresh ծրագրի գործում:  Այո  Ոչ

Եթե այո, լրացրեք հետևյալ բաժինը՝

ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՑԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՑԻ ՇԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ
------------------------------	--------------------------------------

Ուզու՞մ եք ինչ-որ մեկին նշանակել, որ նա CalFresh նպաստներ ստանա ու ծախսի Ձեր ընտանիքի համար:  Այո  Ոչ

Եթե այո, լրացրեք հետևյալ բաժինը՝

ԱՆՈՒՆԸ	ՇԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ
--------	----------------

ՀԱՍՑԵՆ	ՔՍՂԱՔԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ
--------	--------	---------	------------------



## 2a. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԸ

Դուք կարող եք վստահված անձին թույլատրել խոսել առողջության ապահովագրության համար ներկայացված Ձեր դիմումի մասին, տեսնել Ձեր մասին տեղեկությունները և Ձեր անունից գործել այն հարցերով, որոնք վերաբերում են Ձեր դիմումի այս բաժնին: Ուզու՞մ եք լիազոր ներկայացուցիչ ընտրել Ձեր դիմումի առողջության ապահովագրությանը վերաբերող բաժնի համար:  Այո  Ոչ Եթե այո, լրացրեք Հավելված Գ-ում տրված տեղեկությունները (SAWS 2 PLUS ձևում):



## 3. Արդյո՞ք Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ Ամերիկայի հեղկացի կամ Ալյասկայի բնիկ եք: Այո Ոչ

Եթե այո, և եթե դիմում եք բուժապասարկման համար, լրացուցիչ հարցերին պատասխանել կարող եք Հավելված Բ-ում (SAWS 2 PLUS):



## ՌԱՍԱՅԱԿԱՆ ԿԱՄ ԱԶԳԱՅԻՆ ՊԱՏԿԱՆԵԼՈՒԹՅՈՒՆ

Ռասայական և ազգային պատկանելության մասին տեղեկատվությունը կամրնտիր է: Դա պահանջվում է՝ հավաստիանալու համար, որ նպաստները տրվում են առանց ռասան, մաշկի գույնը կամ ազգային ծագումը հաշվի առնելու: Ձեր պատասխանները չեն ազդի Ձեր իրավասության կամ նպաստների չափի վրա: Նշեք Ձեզ համապատասխանող բոլոր տվյալները: Ըստ օրենքի Վարչական շրջանը պետք է գրանցի Ձեր էթնիկ խումբը և ռասան:

Նշեք այս վանդակը, եթե չեք ցանկանում Վարչական շրջանին տեղեկատվություն տրամադրել Ձեր ռասայական և ազգային պատկանելության մասին: Եթե չնշեք, Վարչական շրջանն այդ տեղեկատվությունը կմուտքագրի միայն քաղաքացիական իրավունքների վիճակագրության համար:

ԱԶԳԱՅԻՆ ՊԱՏԿԱՆԵԼՈՒԹՅՈՒՆ	ԴՈՒՔ ՈՒՆԵՔ ԻՍՊՈՒՆԱԽՈՍ ԿԱՄ ԼՍԻՆԱՄԵՐԻԿԱՆ ՇՍԳՈՒՄ, ԴՈՒՔ ԶԵՋ ՀԱՄԱՐՈՒՄ ԵՔ ԿԱՄ ԻՍՊՈՒՆԱԽՈՍ ՇՍԳՈՒՄ:	ԵԹԵ ՈՒՆԵՔ ԻՍՊՈՒՆԱԽՈՍ ԿԱՄ ԼՍԻՆԱՄԵՐԻԿԱՆ ՇՍԳՈՒՄ, ԴՈՒՔ ԶԵՋ ՀԱՄԱՐՈՒՄ ԵՔ
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> մեքսիկացի <input type="checkbox"/> պուերտոռիկացի <input type="checkbox"/> կուբացի <input type="checkbox"/> Other _____	



## ՌԱՍԱՅԱԿԱՆ ԿԱՄ ԷԹՆԻԿ ՇՍԳՈՒՄԸ

- սպիտակամորթ  Ամերիկայի հեղկացի կամ Ալյասկայի բնիկ  սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի
- այլ կամ խառնածին \_\_\_\_\_
- ասիացի (եթե այս տարբերակն է նշվում, խնդրում ենք ընտրել ստորև նշվածներից մեկը կամ մի քանիսը)՝
- ֆիլիպինցի  չինացի  ճապոնացի  կամբոջացի  կորեացի  վիետնամցի  ասիացի հնդիկ  լատացի
- այլ ասիացի (նշեք) \_\_\_\_\_
- բնիկ հավայացի կամ այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզիաբնակ (եթե այս տարբերակն է նշվում, խնդրում ենք ընտրել ստորև նշվածներից մեկը կամ մի քանիսը)՝  բնիկ հավայացի  գուամցի կամ չամորո  սամուացի



## 4. ՆԱԽԸՆՏՆԵԼԻ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՑՑԸ

Ձեզինց կպահանջվի հարցազրույց անցնել Վարչական շրջանում՝ Ձեր դիմումը քննարկելու և կանխիկ դրամական օգնություն կամ CalFresh նպաստներ ստանալու համար: CalFresh-ի համար նախատեսված հարցազրույցները, սովորաբար, անցկացվում են հեռախոսով, եթե չեք կարող հարցազրույց անցնել Ձեր դիմումն անձամբ Վարչական շրջանին հանձնելու ժամանակ, կամ եթե չեք նախընտրում առերես հարցազրույց: Կանխիկ դրամական օգնության համար դիմողները պետք է առերես հարցազրույց անցնեն: Եթե դիմում եք Կալիֆոռնիա նահանգի «Անչափահաս երեխաներ ունեցող ընտանիքների նյութական օգնություն և աշխատանքի տեղավորում» (CalWORKs) և պարենային օգնության (CalFresh) ծրագրերի համար, Ձեր CalFresh հարցազրույցը կանցկացվի CalWORKs-ի հետ միաժամանակ, սովորական աշխատանքային ժամերին:

- Խնդրում ենք նշել այս վանդակը, եթե նախընտրում եք առերես հարցազրույց CalFresh-ի համար:
- Խնդրում ենք նշել այս վանդակը, եթե հաշմանդամության պատճառով այլ պայմանավորվածություններ ձեռք բերելու կարիք ունեք:



## 5. ԱՅԼ ԾՐԱԳՐԵՐ

Ձեր ընտանիքում որևէ մեկը երբևէ ստացել է անցիական օգնություն (Կարիքավոր ընտանիքների ժամանակավոր օգնություն (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Ցեղային TANF, Medicaid (չքավորներին և աղքատներին տրամադրվող անվճար բուժօգնության ծրագիր), Լրացուցիչ պարենային օգնության ծրագիր [պարենային կտրոններ] (Supplemental Nutrition Assistance Program [food stamps], SNAP), Ընդհանուր օգնություն կամ Սոցիալական նպաստներ (General Assistance/General Relief) և այլն):  Այո  Ոչ

Եթե ԱՅՈՒՆ՝ Ո՛Վ:	ՈՐՏԵ՞Ղ (ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱՀԱՄԱՐ):
Եթե ԱՅՈՒՆ՝ Ո՛Վ:	ՈՐՏԵ՞Ղ (ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱՀԱՄԱՐ):