



ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ, ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԱՅԼ ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կանխիկ օգնության և CalFresh Ծրագրերի և/կամ Medi-Cal/34 վարչաշրջանի բժշկական Սպասարկման Ծրագրի (CMSP) Համար

Այս էջերը ձեզ են ներկայացնում ձեր իրավունքները, պարտավորությունները և այլ կարևոր տեղեկություններ: Վարչաշրջանին պետք են ձեր տվյալները, որպեսզի որոշի ձեր պայմանականությունը կանխիկ օգնության, CalFresh-ի և/կամ Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP-ի, և որպեսզի ճշտի ինչքա՞ն պետք է ստանաք՝ եթե պայմանական եք: Լրացուցիչ տեղեկության կարիքի դեպքում հարց տվեք ձեր աշխատողին:

Կանխիկ օգնությունն ընդգրկում է Կալիֆորնիայի Երեխաների Համար Աշխատանքի Պատեմություն և Պարտավորությունը (CalWORKs) և Գաղթականի Կանխիկ օգնությունը (RCA):

Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP-ը ընդգրկում է Լրիվ Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP նպաստները և Սահմանափակ Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP ստիպողական և հոլիությանը վերաբերվող խնամքը միայն:

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

1. Արժանանալ հավասար վարմունքի, առանց ցեղի, գույնի, ազգային ծագման, կրոնի, քաղաքական հավատի, ամուսնական վիճակի, սեռի, անկարողության, կամ տարիքի խտրության: Կարող եք խտրականության դեմ բողոքել եթե դուք ձեզ դրա գոհը նկատեք՝ նախ խոսելով ձեր վարչաշրջանի (կառուցի) նշանակած քաղաքային իրավունքների ներկայացուցչի հետ կամ գրելով հետևյալին
State Civil Rights Bureau
744 P Street, MS 8-16-70
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430
2. Կամ անվճար գանգելով 1-866-741-6241 կամ եթե չեք կարող լսել՝ TDD 1-800-688-4486:
3. Օգնություն ստանալ կանխիկ օգնության, նպաստների և ծառայությունների դիմելիս կամ դրանք շարունակել ստանալու համար՝ եթե անկարողություն ունեք: Եթե ձեզ օգնություն է պետք անկարողության պատճառով, ասեք վարչաշրջանին:
4. Օգնություն խնդրել, որ լրացնեք ձեր դիմումը որևէ այլ կանխիկ օգնության, CalFresh-ի կամ Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP ձևի համար:
5. Թարգմանիչ ուղեկուր և թարգմանված ձևեր և ծանուցագրեր ստանալու՝ եթե անգլերեն չեք խոսում կամ կարդում:
6. Քաղաքավարի, փափկանկատ և հարգալիք վերաբերմունքի արժանանալու:
7. Վարչաշրջանը ձեզ հետ արագ հարցազրույց պետք է վարի՝ երբ դիմեք, և ձեր պայմանականությունը վճարի 45 օրից կանխիկ օգնության և Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP-ի համար (կամ 90 օրից Medi-Cal-ի համար, եթե անկարողության վճար է պահանջվում) և 30 օրից CalFresh-ի համար:
8. Ձեր գործը քննարկել վարչաշրջանի հետ և ինքնեղ վերանայել ձեր գործը՝ երբ դա պահանջեք:
9. Անմիջապես տեղեկանալ կանխիկ օգնություն ստանալու կարգերին: Եթե գտնենք, որ պայմանական եք, ձեզ հետ հարցազրույց կնշանակենք մեկ օրից:
10. Անմիջապես տեղեկանալ CalFresh ստանալու կարգերին: Եթե գտնենք, որ անմիջականորեն պայմանական եք դրանց, անմիջապես հարցազրույց կնշանակվի ձեզ համար և CalFresh-ը կստանաք երեք օրից:
11. Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP-ը հնարավորին չափ շուտ ստանալ՝ եթե բժշկական ստիպողության ներքև եք կամ հոլի եք, պայմանականության դեպքում:
12. Անընդմեջ ստանալու կանխիկ օգնությունը և Medi-Cal նպաստները մեկ վարչաշրջանից մյուսը փոխադրվելուց, եթե պայմանական մնաք:
13. Տեղեկանալու հետադարձ Medi-Cal-ի պայմանականության:
14. Վարչաշրջանին վճարելով նվազեցնելու չվճարված բժշկական հաշվեցույցերի ձեր պարտական բաժինը կամ ծախսը՝ Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP-ի համար դիմելիս:
15. Ընտրել կանխավճարված առողջական ծրագիր (PHP), ըստ-

16. ծառայության ծածկույթ (եթե կա), Առողջության Պահպանման Կազմակերպություն (HMO) կամ Medi-Cal՝ երբ պայմանական եք Medi-Cal-ի:
17. Խնդրել, որ ձեր Medi-Cal նպաստների մասնաշման Տոմսը (BIC), Սննդադրույթի լիազորման փաստաթուղթը կամ ստացման տոմսը, կամ Սննդադրույթի կտրոնները փոխարինվեն եթե կորչեն փոստում, փչանան կամ վճարվեն: Վարչաշրջանից կիմանաք եթե պայմանական եք: Ձեր BIC-ը կփոխարինվի եթե կորել կամ գողացվել է:
18. Լրացուցիչ փող խնդրել, երբ ձեր եկամուտը նվազի կամ դադարի (կանխիկ օգնություն միայն):
19. Վճարում խնդրել հագուստի, բնակարանի կամ տնային կենսական իրերի համար, որոնք կորել, փչացվել կամ անմատչելի են դարձել հանկարծակի և արտասովոր պայմաններում (կանխիկ օգնություն միայն):
20. Վճարում խնդրել շարունակվող հատուկ կարիքների համար, ինչպես՝ հատուկ սննդակառուց, փոխադրություն շարունակվող բժշկական խնամքի համար, լվացքի հատուկ ծառայություն, հեռախոս ծանր ականջի համար, կենցաղսպասարկման բարձր հաշվեցույցեր (կանխիկ օգնություն միայն):
21. Գրավոր իմանալ ձեր դիմումի վավերացման, մերժման և նպաստների փոփոխման կամ դադարեցման մասին:
22. Վարչաշրջանն ու նահանգը ձեր թղթածրարը պարտավոր են գաղտնի պահել, բացի եթե ստանում եք կանխիկ օգնություն կամ CalFresh և ձեր դեմ քրեական կալանավորման վճար է տրվել կամ օրենքը այլ բան է նախատեսում:
23. Վարչաշրջանից մեկի հետ խոսելու կամ նահանգի դեմ պաշտոնական բողոքի համար, եթե համաձայն չեք վարչաշրջանի առած քայլին, անվճար գանգեք 1-800-952-5253 համարով կամ եթե ձեր լսողությունը խանգարված է՝ TDD 1-800-952-8349 համարով:
24. Նահանգային Լսում խնդրել կանխիկ օգնության, CalFresh-ի, Medi-Cal-ի համար վարչաշրջանի քայլից մինչև 90 օր հետո:
25. Նահանգային լսում խնդրելու համար գրեք ձեր վարչաշրջանին կամ գանգեք վերևի 21-րդ կետում նշված Նահանգային անվճար հեռախոսահամարներին:
26. Վարչաշրջանի CMSP-ի պայմանականության հարցերը վիճարկելու համար կարող եք գրել միայն ձեր վարչաշրջանին:
27. Նահանգային լսումի ընթացքում ներկայացվել ձեզանով, ընտանիքի անդամով, ընկերով, իրավաբանով կամ ձեր ցանկացած այլ անձով: ԾԱՆՈԹ՝ կարող եք անվճար իրավական օգնություն ստանալ տեղական իրավական օգնության գրասենյակից կամ վեֆեթի իրավունքների խմբից:
28. Ձեզ տրամաբանորեն հասանելի լինի մի վայր, որտեղ կարող եք ձեր կանխիկ նպաստները դուրս գրել նվազագույն կամ առանց ծախսի:
29. Ստանալ մի գրքից, որը ձեզ կափ ինչպես օգտագործել ձեր EBT տոմսը և ինչպես ստանալ ձեր կանխիկ նպաստները նվազագույն կամ առանց ծախսի:
30. Ստանալ ցանկը գերվճարից ձեր բազա ATM-ների և վաճառատների, որտեղ կարող եք կանխիկ հետ ստանալ առանց ծախսի, երբ գնում կատարեք ձեր EBT տոմսով: Այս վայրերի ցանկը կարող եք ձեռք բերել ձեր վարչաշրջանի աշխատողից www.ebt.ca.gov կայքէջից:

ՁԵՐ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Քաղաքացիական/Գաղթականական Կարգավիճակ

Սուտ վկայության պատճելիության գիտակցությամբ ստորագրել, որ կանխիկ օգնության և CalFresh-ի համար դիմող ամեն անգամ ԱՄՆ քաղաքացի, ԱՄՆ-ի հպատակ կամ օրինավոր գաղթական է: Գաղթականական կարգավիճակի մասին ձեր տված տեղեկությունը կստուգվի ԱՄՆ Քաղաքացիության և Ներգաղթի Սպասարկության (USCIS) հետ: USCIS-ից ստացած մեր տեղեկությունը կարող է ազդել ձեր պաշտամունքային: (Manual of Policies and Procedures Section 42-433):

Եթե Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP եք ուզում, պետք է ներկայացնեք քաղաքացիության/գաղթականության կարգավիճակի հաստատություն՝ սուտ վկայության պատճելիության գիտակցությամբ: Եթե ասեք, որ ԱՄՆ-ում օրինավոր մշտական բնակությունը ոչ-քաղաքացի եք (LPR), ներված օտարախառակ՝ ուժի մեջ գտնվող I-688-ով կամ ըստ օրենքի (PRUCOL) մշտապես բնակվող ոչ-քաղաքացի, ձեր գաղթականական կարգավիճակը կստուգվի ԱՄՆ Քաղաքացիության և Ներգաղթի Սպասարկության (USCIS) հետ: Դիմորդի գաղթականական կարգավիճակի ստուգման նպատակով USCIS-ի ստացած տեղեկությունը կօգտագործվի միայն Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP-ի պաշտամունքայինը որոշելու համար և չի ծառայի գաղթականական օրինապահման, բացի եթե խարդախություն եք անում:

Մատնահետք/Լուսանկար

Կանխիկ օգնության և/կամ CalFresh-ի պաշտամունքային ընտանիքի բոլոր չափահասները մատնահետք և լուսանկար պետք է տան: Եթե այս կարգերը հարգելու պայմանի տակ գտնվող որևէ անձ իր մատնահետքերը/լուսանկարը չտա, ոչ մի նպաստ չի տրվի ընտանիքին: (Manual of Policies and Procedures Section 40-105.3):

Մատնահետքը/լուսանկարը գաղտնի են և կօգտագործվեն միայն վելֆերի խարդախությունը կանխարգելելու կամ հետապնդելու համար:

Հասարակական Ապահովության Համարի (SSN) Կարգեր

SSN-երը կօգտագործվեն համակարգչով եկամտորդ և աղքատները ստուգելու հարկի, վելֆերի, աշխատանքի, Հասարակական Ապահովության Վարչության և այլ հիմնարկների թղթածրարներից: Տարբերությունները կստուգվեն գործատիրոջից և ուրիշներից: Կեղծ հայտարարություն անելը կամ բոլոր տվյալները չհաղորդելը այն վիճակների մասին, որոնք կազդեն կանխիկ օգնության, CalFresh-ի և Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP-ի պաշտամունքային և հատկացումներին, կհանգեցնեն նը-պատանդը վերադարձնելուն և/կամ քրեական կամ քաղաքային քայլերի:

Կանխիկ Օգնություն և CalFresh՝ Պարտավոր եք մեզ տալ ամեն մի դիմորդի կամ կանխիկ օգնություն և/կամ CalFresh ստացողի SSN-ը: Եթե ձեզ չհաջողվի մեզ տալ կա՛մ SSN-ը և կա՛մ SSN-ի դիմած լինելու ապացույց, կանխիկ օգնություն կամ CalFresh չեք ստանա: Կանխիկ օգնության համար պարտավոր եք SSN-ի դիմած լինելու ապացույց տալ կանխիկ օգնության դիմումին հաջորդող 30 օրում և SSN-ը ներկայացնել վարչաշրջանին (կառնտիին)՝ այն ստանալուց հետո: (Manual of Policies and Procedures Section 40-105.2):

Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP-ի ամեն դիմորդ, որը ասում է, որ ինքը ԱՄՆ քաղաքացի, ԱՄՆ հպատակ, ԱՄՆ-ում LPR, ուժի մեջ գտնվող I-688-ով ներված օտարախառակ կամ PRUCOL է, Medi-Cal ստանալուց կապտարկավորվի, եթե մերժի SSN կամ SSN-ի դիմած լինելու ապացույց ներկայացնել: Ոչ-քաղաքացին, որը ուժի մեջ գտնվող I-688-ով ներված օտարախառակ, LPR կամ PRUCOL չէ, դեռևս կարող է սահմանափակ Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP ստանալ՝ եթե լրացնի պաշտամունքայինության բոլոր պայմանները, ներառած՝ Կալիֆորնիայում բնակությունը:

Ապացույց(ներ)

Ձեր պաշտամունքային գորակցող ապացույց տալ: Եթե ապացույց չեք կարող ստանալ, պետք է տաք անունը մեկ ուրիշ անձի կամ հիմնարկի, որին դիմենք ապացույցի համար: Երբ չեք կարող, ձեզ կօգնենք, որ ապացույցն ստանաք: (Manual of Policies and Procedures Sections 40-105.1; 40-157.212; 40-157.213):

Համագործակցություն

Համագործակցել վարչաշրջանի, նահանգային և դաշնակցային անձնակազմերի հետ: Կանխիկ օգնության համար վարչաշրջանի աշխատողը կարող է նշանակված ժամին գալ ձեր տուն՝ ստուգելու ձեր տվյալները և տեսնելու ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ: Եթե չհամագործակցեք, նպաստ չեք ստանա կամ ձեր նպաստները կդադարեցվեն:

ԿԱՆԽԻԿ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ MEDI-CAL

Դիմել ցանկացած նպաստի կամ եկամտի, որին ցանկացած անձ պայմանական է, ինչպես՝ Գործազրկության (UIB) կամ Անկարողության նպաստներ, Վետերանների նպաստներ, հասարակական ապահովություն կամ Medicare, ևլն.:

Երեխու/Կողակցի և Բժշկական Աջակցություն

Համագործակցել վարչաշրջանի և Տեղական Երեխու Աջակցության Գործակալության հետ, որպեսզի՝

- մատնացույց անեք և գտնեք ձեր գործում որևէ բացակա ծնողի.
- վարչաշրջանին կամ Տեղական Երեխու Աջակցության Գործակալության իմացնել բացակա ծնողի մասին ստացված որևէ տեղեկություն, ինչպես՝ բնակության կամ աշխատանքի վայրը:
- անհրաժեշտության դեպքում, ձեր գործում որոշել ցանկացած երեխու հայրությունը.
- որևէ բացակա ծնողից ստանալ բժշկական աջակցության փող և, եթե կանխիկ օգնություն եք ստանում, ձեռք բերել երեխու աջակցության փող.
- Տեղական Երեխու Աջակցության Գործակալության տալ ձեր ստացած ցանկացած բժշկական աջակցության և երեխու/կողակցի աջակցության փող.
- վարչաշրջանին ասել բացակա ծնողի կողմից վճարված բժշկական ծածկույթի կամ բժշկական ծառայության համար փողի մասին:

Եթե չհամագործակցեք, ձեր կանխիկ օգնությունը կնվազի: (Manual of Policies and Procedures Sections 40-157.212; 40-157.213):

MEDI-CAL

Նպաստների Ծանաչման Տոմս (BIC)

- Ձեր BIC-ը ստորագրել այն ստանալիս, և օգտագործել միայն անհրաժեշտ առողջական խնամքի ծառայությունների համար:
- **Ձեր BIC-ը երբեք դեմ չպահել (բացի եթե ձեզ նոր BIC տանք):** Ձեր BIC-ը պարտավոր եք պահել մինչև անգամ երբ դադարեք Medi-Cal ստանալ: Նույն BIC-ը կարող եք օգտագործել եթե նորից կանխիկ օգնություն կամ Medi-Cal ստանաք:
- Ձեր BIC-ը տանել բժշկական մատակարարին երբ դուք կամ ընտանիքի անդամը հիվանդ եք կամ ժամադրություն ունեք:
- Ձեր BIC-ը տանել բժշկական մատակարարին, որը դարձանել է ձեզ կամ ընտանիքի անդամ(ներ)ին ստիպողական վիճակում՝ ստիպողական վիճակից որքան հնարավոր է անմիջապես հետո:

Առողջական Խնամքի Ծածկույթ/Ապահովագրություն

- Վարչաշրջանին և ցանկացած առողջական խնամքի մատակարարի իմացնել ձեր կամ ընտանիքի մի անդամի ունեցած որևէ առողջական խնամքի ծածկույթ/ապահովագրություն:
- Ձեզ և ձեր ընտանիքին մատչելի ցանկացած առողջական ապահովագրություն պահպանել անվճար կամ տրամաբանական ծախսով:
- Medi-Cal/34 վարչաշրջանի CMSP օգտագործելուց առաջ օգտագործել ձեր ունեցած որևէ կանխավճարված առողջական ծրագիր, առողջական պահպանման կազմակերպություն կամ առողջական խնամքի ապահովագրության ծրագիր, բացի եթե ծրագիրը չի ընձայում անհրաժեշտ ծառայությունը: Պարտավոր եք դրանք օգտագործել, որովհետև Medi-Cal-ը չի վճարի այս բժշկական ապահովագրության ծրագրերի կողմից վճարված և/կամ ընձայված ծառայությունների համար:
- Անդամագրվել և անդամ մնալ աշխատանքին առնչվող խմբական առողջական ծրագրի, երբ Medi-Cal-ը վավերացնի Կալիֆորնիա Նահանգի կողմից ծրագրի ապահովագրության վճարումը:

ՁԵՐ ՏԵՂԵԿԱԳՐՈՒՄԻ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Պետք է վարչաշրջանին (կառուտի) տեղեկացնեք որոշ տվյալներ: Եթե վստահ չգիտեք ինչպես տեղեկագրել կամ ինչ ապացույց է հարկավոր մեզ, հարցրեք ձեր աշխատողին: Եթե CalFresh եք ստանում, ձեր աշխատողը ձեզ կասի, թե եռամսյա կամ փոփոխություն տեղեկագրող ընտանիք եք: Եթե ստանում եք Medi-Cal/34 Վարչաշրջանի CMSP, վարչաշրջանը ձեզ կհմայցնի երբ տեղեկագրել: (Manual of Policies and Procedures Section 40-181):

ԻՆՉՊԵՍ ՊԵՏՔ Է ՏԵՂԵԿԱԳՐԵԼ

Կանխիկ Օգնության և CalFresh-ի Եռամսյա Տեղեկագրման համար՝ պարտավոր եք Պայմանագրության Եռամսյա Տեղեկանքը (QR 7) վերադարձնել մինչև տեղեկանքի ամսին հաջորդող ամսի 5-ը և 10 օրում Վարչաշրջանին տեղեկացնել բոլոր պահանջված փոփոխությունները:

CalFresh-ի Փոփոխություն Տեղեկագրելու համար՝ պարտավոր եք 10 օրում տեղեկագրել բոլոր փոփոխությունները՝

- փոստով, հեռախոսով կամ անձամբ Վարչաշրջանի CalFresh-ի գրասենյակին. [ԿԱՄ](#)
- DFA 377.5 CalFresh-ի Ընտանիքի Փոփոխության Տեղեկանքի վրա

Medi-Cal-ի համար՝ պարտավոր եք բոլոր տեղեկությունները հաղորդել 10 օրում ԵՎ Կարգավիճակի Տեղեկանքը լրացված վերադարձնել մինչև ամսի 5-ը, երբ վարչաշրջանը այն ուղարկի կամ տա ձեզ:

ԵՐԲ ՊԵՏՔ Է ՏԵՂԵԿԱԳՐԵԼ

Կանխիկ Օգնության և CalFresh-ի Եռամսյա Տեղեկագրման համար

Ըստ Եռամսյա տեղեկագրումի կարգերի, կան տեղեկագրումի ժամկետներ: Ամեն եռամսյակի (երեք ամսվա) համար ձեզ կնշանակեն «տեղեկանքի ամիս»: Սա կլինի ամեն եռամսյակի երկրորդ ամիսը: Օրինակ, եթե ձեր եռամսյակը հունվար, փետրվար և մարտ ամիսներին է, փետրվարը կլինի ձեր «տեղեկանքի ամիսը» և տեղեկանքի վերջին ժամկետը կլինի մարտի 5-ը: Տեղեկանքի ժամկետը միշտ «տեղեկանքի ամսին» հաջորդող ամսի 5-ն է և ուշացած կհամարվի եթե մինչև ամսի 11-ը չստացվի: Եթե ձեր Եռամսյա Պայմանագրության Տեղեկանքը (QR 7) ուշացել է, կստիպվեք վերադարձնել Կանխիկ Օգնությունը և CalFresh-ը, որ չպետք է ստացած լինեիք: Պարտավոր եք տեղեկագրել համախառն եկամուտը, ձեր ընտանիքի անձերի թվի փոփոխությունը, ձեր ընտանիքի անձերի գնած կամ ծախսած ունեցվածքը և այլ տվյալներ տեղեկանքի ամսի վերաբերյալ, ինչպես նաև հաջորդ եռամսյակում ձեր եկամտի մեջ սպասված փոփոխությունները: Եթե Եռամսյա Պայմանագրության Տեղեկանքը (QR 7) վերադարձրած չլինեք մինչև ձեր տեղեկանքը ստացված լինելու ամսին հաջորդող ամսի առաջին աշխատանքային օրվա ավարտը, ձեր ընտանիքի նպաստները կդադարեն:

Ի՞նչ պետք է հաղորդեք Եռամսյա Տեղեկանքով՝

1. **Շահված Եկամուտ՝** Տեղեկանքի ամսում ձեր և ձեր ընտանիքից որևէ անձի ստացած համախառն եկամուտը: Սա ընդգրկում է՝ աշխատավարձը, թեյափողը, արձակուրդային վճարումը, կանխիկ պարգևը, ինքնագաղութային կամ մարզումի ծրագրից շահված փողը, նաև որևէ դրամական եկամուտ՝ աշխատանքի դիմաց, ինչպես՝ անվճար վարձը, հագուստը կամ սնունդը:
2. **Չշահված կամ Անկարողության Հիմամբ Եկամուտ՝** Տեղեկանքի ամսում ձեր կամ ձեր ընտանիքից որևէ մեկի ստացած բոլոր մյուս եկամուտները: Սա ընդգրկում է՝ Երեխա/կողակցի աջակցությունը. շահաբաժին կամ մասնաբաժին, բախտախաղի/վիճակագրության շահույթ. ապահովագրություն կամ օրինական

հաշվեհարդար. գործադուլի նպաստներ. կանխիկ, նվերներ, փոխառություն. կրթնապատ. վերադարձված հարկ. կառավարական նպատ, ինչպես՝ Հասարակական Ապահովություն, Լրացուցիչ Ապահովական Եկամուտ/Նահանգային Լրացուցիչ Վճարում (SSI/SSP), գործազրկություն, աշխատավորի հատուցում, նահանգային անկարողության վնասաբաշխում, վետերանի կամ երկաթուղայինի կենսաթոշակ, կամ այլ մասնավոր կամ կառավարական անկարողություն կամ կենսաթոշակ. վարձից եկամուտ և վարձի օգնություն. անվճար բնակարան/կենցաղսպասարկում/հագուստ/սնունդ. կամ ցանկացած այլ տեսակի ստացված փող:

3. **Ձեր Եռամսյա Տեղեկանքով պետք է հաղորդեք ցանկացած եկամտի փոփոխություն, որը սպասում եք հաջորդ եռամսյակում:** Ներառեք շահված, չշահված և անկարողության վրա հիմնված եկամտի փոփոխությունները:
4. **Ունեցվածք՝** Ցանկացած ունեցվածք, այդ թվում և՛ ավտոմեքենա, դրամատան հաշիվ, խնայողական պարտատու, ապահովագիր, տուն կամ հող, խնամագիր, EBT-ի կանխիկ մնացորդ, կլն., որը դուք կամ ընտանիքից որևէ անձ ստացել է վերջին Եռամսյա Տեղեկանքից հետո և շարունակում է պահել, այն գնված լինի, թե ձեռք բերված փոխանակումով կամ որպես նվեր: Վարչաշրջանը այս տեղեկության հիմամբ կորոշի եթե ձեր ընտանիքը գերազանցում է ունեցվածքի սահմանը: Պետք է նաև տեղեկագրեք, եթե դուք կամ մեկ ուրիշը վաճառել, փոխանակել կամ ձեռից հանել եք որևէ ունեցվածք վերջին Եռամսյա Տեղեկանքից հետո:
5. **Եթե Դուք կամ Ուրիշը Ձեր Տուն կամ Տնից Դուրս Փոխադրվի՝** Որևէ անձ (ներառած՝ նորածինը), որը վերջին Եռամսյա Տեղեկանքից հետո ձեր տունն է եկել և շարունակում է մնալ: Պետք է նաև տեղեկագրեք վերջին Եռամսյա Տեղեկանքից հետո տնից հեռացած որևէ անձ:
6. **Դատապարտված Թմրանյութի Հանցագործ, Փախչող Հանցագործ և Փորձական Ժամկետը/Հետաքննությունը Խախտող՝** Ձեր ընտանիքից որևէ անձի անուն, որը խուսափում կամ փախչում է օրենքից, խուսափելու հանցագործության հետապնդումից, դատվելուց հետո բանտարկությունից, կամ խախտել է փորձական ժամկետը կամ հետաքննությունը: Պետք է նաև տեղեկագրեք ձեր ընտանիքից որևէ անձ, որը դատվել է թմրանյութ կրելու, օգտագործելու կամ բաշխելու հանցանքով: CalFresh-ի համար նշեք 1996 թ. Օգոստոս 22-ից հետո կատարված հանցագործությունները, իսկ Կանխիկ Օգնության համար՝ 1998 թ. Հունվարի 1-ից հետո կատարվածները:
7. **Աշխատանքի Նվազեցրած Ժամեր՝** Եթե Առանց Խնամառուի Կարող Չափահաս (ABAWD) եք, տեղեկագրեք երբ ձեր աշխատաժամերը դառնան շաբաթը 20-ից և ամիսը 80-ից նվազ: Տեղեկագրեք նույնպես, եթե սպասում եք, որ այս աշխատաժամերը հաջորդ երեք ամսում առավել ևս նվազեն:

Medi-Cal/34 Վարչաշրջանի CMSP-ի համար պետք է տեղեկագրել երբ՝

1. Որևէ անձ մտնի կամ հեռանա հիվանդատնից կամ երկարատև խնամքի հաստատությունից:
2. Որևէ անձ դիմի անկարողության նպաստների, ինչպես՝ SSI/SSP, Հասարակական Ապահովություն, Վետերանական և Երկաթուղային Կենսաթոշակ:
3. Որևէ անձ ստանա անողջական խնամքի ծառայություն վթարի կամ վնասվածքի հետևանքով, որի համար մեկ ուրիշն է պատասխանատու:

Ձեր Տեղեկագրորդի ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ (ՇԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ)

Առանց Օգնության CalFresh-ի Եռամսյա Տեղեկագրում՝

Եթե միայն CalFresh եք ստանում, պետք է տեղեկագրեք երբ՝

1. Ընտանիքից որևէ անդամ բնակվի մի այլ հասցեում, ծրագրի փոխադրվել կամ ստանա փոտային նոր հասցե:
2. Որևէ Առանց Խնամառուի Կարող Չափահաս (ABAWD) CalFresh ստացող, որի աշխատանքի կամ մարզումի ժամաքանակը դառնա շաբաթը 20 կամ ամիսը 80 ժամից նվազ:

CalWORKs-ի որոշ փոփոխություններ պետք է տեղեկագրեք տարբեր ժամանակ՝

Որոշ պարտականություններ, ձեզանից կապավի տեղեկագրել որոշ բաներ (փոփոխության հաջորդող տաս օրում), անգամ եթե դա ձեր «տեղեկանքի ամիսը» չէ, ինչպես՝

1. Երբ ձեր ընտանիքի համախառն եկամուտը (շահված և չշահված) անցնի Եկամտի Տեղեկագրման Սեմից (IRT) այն կողմ ձեր չափավոր ընտանիքի համար: Ձեր վարչաշրջանի (կառնտի) աշխատող ձեզ կասի ձեր չափի ընտանիքի IRT-ի սահմանը: Եթե ձեր ընտանիքը ստանում է միայն չշահված եկամուտ կամ ստանում է միայն CalFresh, ձեզանից կապահանջվի միայն Եկամուտը տեղեկագրել Եռամսյա Պայմանականությունային Տեղեկանքով (QR 7):
2. Երբ ձեր ընտանիքի մի անդամ դատապարտվի թմրանյութային հանցագործությանը, դառնա փախչող հանցագործ կամ խախտի փորձական ժամկետն ու հետաքննությունը:
3. Երբ փոխադրվեք, ձեր նոր հասցեն պետք է տեղեկացնեք, որպեսզի Վարչաշրջանն իմանա որտեղ ուղարկել ձեր նպաստները, Եռամսյա Տեղեկանքի ձևերը և ծանուցագրերը:

CalWORKs-ի և CalFresh-ի Եռամսյա Տեղեկագրման համար տեղեկության կամավոր տեղեկագրում

Կարող եք այլ տեղեկություններ ևս հաղորդել կամովին, անգամ եթե ձեր «տեղեկանքի ամիսը» չէ: Տեղեկությունը կամովին հաղորդելու շնորհիվ ձեր ընտանիքի նպաստները կբարձրանան: Եթե հաղորդված տեղեկության շնորհիվ ձեր նպաստները ավելանան, վարչաշրջանը քայլի կդնի ձեր ապացույցը ստանալուց մինչև տաս օր հետո: Միակ բացառությունն այն է, երբ հավելումը առաջացել է ձեր գործին նոր անձ ավելացնելու հետևանքով: Այդ դեպքում, Վարչաշրջանը քայլի կդնի նպաստները ավելացնելու ձեր ապացույցները ստանալուն հաջորդող առաջին ամսում: Մինչև անգամ եթե ինչ-որ բան հաղորդել եք Վարչաշրջանին, պարտավոր եք նույնը հաղորդել նաև ձեր հաջորդ Եռամսյա Տեղեկանքում (QR 7):

Ձեր նպաստների բարձրացման նպատակով կամավոր հաղորդման մի քանի օրինակներ են՝

- Ձեր եկամուտը դադարի կամ նվազի:
- Փոքր եկամտով կամ ոչ մի եկամուտ չունեցող անձ գա ձեզ մոտ բնակվելու (ներառած՝ նորածինը):
- Եկամտով մի անձ հեռանա ձեր տնից:
- Կարծում եք, որ դուք կամ ձեր ընտանիքից մեկը պայմանական է CalWORKs-ի Հատուկ Կարիքների վճարման, ինչպես՝ հղիության հատուկ կարիքներ կամ որակավորված հատուկ սննդական:

Լրացուցիչ օրինակներ CalFresh-ի համար միայն

- Ընտանիքի անդամը սկսի տանը չբնակվող երեխու համար վճարել դատարանով հրահանգված երեխու աջակցություն:
- Ընտանիքի անդամի տարիքը 60 կամ ավելի է:
- Անկարող կամ 60 տարեկանից վեր որևէ անդամ ունի փոփոխված կամ նոր բժշկական ծախսեր (ստուգման դեպքում, ձեր CalFresh-ը կվերաճզգրտվի):

Լրացուցիչ Տեղեկություն CalFresh-ի Համար Միայն Ընտանիքներին

Եթե CalFresh-ի նպաստներ եք ստանում և կամովին տեղեկագրում եք ավելացած եկամուտը, և եթե այն համախառն եկամտի մակարդակից բարձր է ձեր ընտանիքի չափի համար, ձեր նպաստները կարող են դադարեցվել:

Նկատի առեք, որ եթե ստանում եք միայն CalFresh-ի նպաստներ՝ (1) պարտավոր չեք եռամսյակի ընթացքում եկամտի որևէ հավելում տեղեկագրել. և (2) երբ փոփոխություն եք տեղեկագրում վարչաշրջանին կամ գրավոր եռամսյա տեղեկագրերի արանքում, պետք է նաև փոփոխությունը տեղեկագրեք ձեր հաջորդ QR 7-ում:

Ցանկացած ժամանակ կարող եք Վարչաշրջանից խնդրել, որ դադարեցնի ձեր ողջ գործը կամ որևէ առանձին անձ, որը հետացել է տնից կամ պարտավոր չէ լինել օգնության միավորում: Կարող եք նաև Վարչաշրջանից խնդրել, որ դադարեցնի որոշ նպաստներ՝ Medi-Cal կամ CalFresh: Medi-Cal կամ միայն CalFresh ստանալը չի գործի ձեր Կանխիկ Օգնության ժամանակային սահմանների դեմ:

Եռամսյա տեղեկագրման համար այլ փոփոխություններ՝

Կան այլ փոփոխություններ, որոնք Վարչաշրջանին կմղեն նվազեցնել կամ դադարեցնել ձեր նպաստները այն եռամսյակում, որտեղ դրանք կպատահեն: Ահա և մի քանի օրինակ՝

- Ընտանիքի մի չափահաս անձ հասնի CalWORKs-ի 48-ամսյա ժամանակահատվածի սահմանին.
- Ընտանիքի անդամը դատվի/պատվի.
- Երեխան դառնա 18 տարեկան (և 19-ից առաջ շրջանավարտ չի լինելու վարժարանից).
- Ձեր ընտանիքից մի անձ սկսի այլ ընտանիքում նպաստներ ստանալ.
- Մի պայմանական երեխա տեղադրվի Խորթ Խնամարանում.
- Որևէ Առանց Խնամառուի Կարող Չափահաս (ABAWD) CalFresh ստացող, որի աշխատանքի կամ մարզումի ժամաքանակը դառնա շաբաթը 20 կամ ամիսը 80 ժամից նվազ:

CALFRESH-ի ՓՈՓՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԵԿԱԳՐՈՒՄ

CalFresh-ի Փոփոխության Տեղեկագրման համար, պարտավոր եք տեղեկագրել, երբ՝

1. Ձեր ամսական եկամուտը սկսվի, դադարի կամ փոխվի ավելի քան \$50-ով:
2. Որևէ անձի եկամտի աղբյուրը փոխվի:
3. Որևէ անձ գա բնակվելու ձեզ մոտ կամ հեռանա ձեր տնից:
4. Որևէ անձ միանա ձեր ընտանիքին կամ հեռանա նրանից:
5. Փոխադրվեք կամ նոր հասցե ունենաք:
6. Ձեր վարձը և կենցաղապատարկման ծախսը միայն՝ փոխադրվելիս:
7. Որևէ անձ գնի, ստանա, վաճառի, կամ ձեռից հանի մի արտոնագրված ավտոմեքենա:
8. Եթե փոխվի դատարանով հրահանգված երեխայի աջակցության գումարը, որը ընտանիքի անդամը վճարում է տանը չբնակվող երեխայի:
9. Որևէ Առանց Խնամառուի Կարող Չափահաս (ABAWD) CalFresh ստացող, որի աշխատանքի կամ մարզումի ժամաքանակը դառնա շաբաթը 20 կամ ամիսը 80 ժամից նվազ:
10. Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ խուսափում կամ փախչում է օրենքից, խուսափելու հանցագործական հետապնդումից կամ որոտարանումից հետո բանտարկությունից, կամ խախտել է փորձական ժամկետը կամ պարտը:
11. Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ դատվել է թմրանյութի հետ կապված հանցագործության համար, թմրանյութ(եր)ի արտադրման, վաճառման կամ բաշխումի համար, կամ որևէ գործունեության համար, որը կապ ունի այս հակաօրինական գործողությունների հետ, կամ մարիխուանա հնձելու, աճեցնելու կամ մշակելու համար, կամ մի դեռահասի վերևը նշված գործունեություններում ներգրավելու համար 1996 թ. Օգոստոսի 22-ից հետո:

CalFresh-ի Փոփոխության Տեղեկագրման համար, կարող եք տեղեկագրել, երբ՝

1. Որևէ անձի մարմնական կամ մտային հիվանդությունը սկսվի կամ դադարի:
2. Որևէ անձի քաղաքացիական/գաղթականական կարգավիճակը փոխվի կամ USCIS-ից նամակ կամ նոր տոմս ստանա:
3. Ձեր խնամառուի խնամքի ծախսերը փոխվեն:
4. Անկարող կամ 60 տարեկանից վեր որևէ անդամ ունի փոփոխված կամ նոր բժշկական ծախսեր: Ստուգման դեպքում, ձեր հատկացումը կվերաճզգրտվի:
5. Ընտանիքի որևէ անդամ սկսի տանը չբնակվող երեխու համար վճարել դատարանով հրահանգված երեխու աջակցություն:

ՁեՐ ՏԵՂԵԿԱԳՐՈՒՄԻ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ (ՇԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ)

ՄԻԱՅՆ ԿԱՆԽԻԿ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

Գործազուրկ Ծնող

Եթե դիմում եք կանխիկ օգնության և գործազուրկ ծնողի համար, գլխավոր վաստակողը (PE) պարտավոր է՝

- գործազուրկ լինել և աշխատած չլինել անցած 4 շաբաթներում
- դիմել և ընդունել գործազրկության ապահովագրությունը, որին պայմանաճանաչ եք

PE-ն անցած 24 ամսում ամենից բարձր շահույթը ապահոված ծնողն է:

Տնագուրկի Օգնություն

Թերևս պայմանաճանաչ եք փող ստանալով ժամանակավոր ապաստանի, մշտական բնակարանի կամ բնակարանից արտաքսումի կանխարգելման համար վճարում կատարելու: Սա կյանքում մի անգամ կատարվող վճարում է, բացի եթե ձեզ գերծ կացուցեն այդ պահանջմունքից: Եթե արդեն իսկ ստացել եք տնագուրկի օգնություն և նորից կարիք ունեք, ձեր աշխատողը ձեզ կասի պայմանաճանաչ եք, թե՞ ոչ:

Գարոց Հաճախում և Անընկալացումներ (Իմունիզացիա)

Պարտավոր եք վարչաշրջանին (կառուտիին) ներկայացնել իր պահանջած ապացույցը, որ՝

- դպրոցական տարիքի բոլոր երեխաները դպրոց են հաճախում, և
- 6-ից փոքր երեխաները ընդունել են իրենց տարիքին հարմար անընկալացում: (Manual of Policies and Procedures Sections 40-105.4; 40-105.5):

Առավելագույն Օգնության Վճարում (MAP)

Կա առավելագույն Օգնության Վճարման (MAP) երկու մակարդակ: Կանխիկ օգնություն ստացող ընտանիքների մեծ մասը ստանում է MAP-ի ցածր մակարդակը: Ընտանիքներ MAP-ի բարձր մակարդակը կարող են ստանալ եթե Օգնության Միավորում (AU) ամեն մի ծնող կամ խնամակալ

- անկարող է և ստանում է Լրացուցիչ Ապահովական Եկամուտ/Նահանգային Լրացուցիչ Վճարում (SSI/SSP), կամ Տնային Աջակից Ապաստանման (IHSS), կամ Նահանգային Անկարողության Ապահովագրության (SDI), կամ Ժամանակավոր Աշխատողի Հատուցման (TWC), կամ Ժամանակավոր Անկարողության Վնասահատուցման (TDI) նպաստներ
- խնամում է օգնություն ստացող երեխա(ներ)ին, որոնք իր երեխաները չեն և խնամակալը կանխիկ օգնություն չի ստանում:

Բարձր MAP-ի համար պայմանաճանաչ է նաև՝

- ընտանիքը, որը ստանում է Գաղթականի Կանխիկ Օգնություն (RCA), եթե յուրաքանչյուր չափահաս լրացնի գերծ կացուցման պայմանը:

Եթե ընտանիքի բոլոր չափահասները լրացնում են գերծ կացուցվելու այս պայմաններից առնվազն մեկը, ձեր աշխատողին հարցրեք գերծ կացուցման համար ինչպես դիմելու մասին:

Ինչպես վերաբերվել ինքնազբաղության

Եթե ինքնազբաղ անձ եք, կարող եք ձեր առևտրական ծախսերը պատկերացնել կա՛մ համախառն եկամտի ստանդարտ 40 տոկոսի համեմատ միջոցով և կա՛մ օգտագործելով առևտրական իրողական ծախսերը: Երբ որոշեք ձեր ինքնազբաղի գուտ եկամտի պատկերացման եղանակը, այդ եղանակը կկարողանաք փոխել միայն վերաորոշման ժամանակ կամ ամեն վեց ամիսը մեկ, որը որ ավելի շուտ պատահի:

Ընտանիքի Առավելագույն Հատկացման (MFG) Կարգ

MFG կարգը տարածվում է 1997 թ. Օգոստոսի 31-ից հետո ծնված բոլոր երեխաների վրա: MFG կարգի համաձայն, ձեր առավելագույն օգնության վճարումը (MAP) չի բարձրանա՝ ընդգրկելու ձեր ընտանիքում ծնված երեխային, եթե ձեր ընտանիքը 10 ամիս անընդմեջ կանխիկ օգնություն է ստացել երեխայի ծննդից անմիջապես առաջ: Այս կարգը ունի իր բացառությունները: Ձեր աշխատողը ձեզ կտա MFG կարգերի պատճենը և կպատասխանի ձեր հարցերին: Այնուհետև դուք կստորագրեք այն պատճենը, որը կհաստատի, որ հասկացել եք կարգերը:

Տվյալների Ապացույց

Եթե կանխիկ օգնություն խնդրեք նրա դադարեցմանը հաջորդող մեկ տարվա ընթացքում, վարչաշրջանը պետք է քննի ձեր նախկին գործի թղթածրարը, ստուգելու ձեր պայմանաճանաչությունը վճռելու համար անհրաժեշտ ապացույցի առկայությունը, երբ՝

- ապացույցը չեք կարող ձեռք բերել, կամ
- ապացույցի ստացման համար ծախս պետք է անեք, կամ
- ձեր դիմումագրին ընթացք տալը կուշանա, քանի որ ապացույցի ձեռքբերումը շատ երկար ժամանակ կլիի ձեզանից:

Եթե կանխիկ օգնություն խնդրեք նրա դադարեցմանը հաջորդող տարում ԵՎ եթե վարչաշրջանը չունի անհրաժեշտ ապացույցը, պարտավոր կլինեք ներկայացնել այդ ապացույցը:

Եթե վերջին անգամ ձեր ստացած կանխիկ օգնությունից հետո փոփոխություններ են կատարվել, վարչաշրջանին հարկավոր կլինի նոր ապացույց:



Աշխատանքը Կվճարի այսպե՛ս՝

- Ձեզ լրացուցիչ \$\$\$\$ է տալիս, որ նեցուկ կանգնեք ձեր ընտանիքին
- Ավելի լավ կյանք է պարգևում ձեզ և ձեր ընտանիքին
- Զարգացնում է աշխատանքի ունակությունը
- Ինքնավստահություն է տալիս
- Անձնական գոհունակություն է տալիս ձեզ

Կարող եք և՛ աշխատել և՛ կանխիկ օգնություն ստանալ՝

- ✓ Ծառ հաճախ, երբ աշխատեք, ձեր համախառն շահույթը (հանումներից առաջ շահաձր) դուրս առ դուրս չի նվազեցվում ձեր կանխիկ օգնության վճարումից: Թերևս պայմանական լինեք **աշխատանքային հանումների**: Երբ դրանք գումարեք, լրացուցիչ \$\$\$\$ կունենաք ձեր ընտանիքի համար:
- ✓ Երբ ձեզ համար նշանակեն **հատկացումային աշխատանքային մարզում (OJT)**, ձեր գործատերը կօգտագործի կանխիկ օգնության ողջ գումարը կամ նրա մի մասը՝ ձեր աշխատավարձը վճարելու համար: Աշխատանքային հանումներ չեք ունենա հատկացումային OJT աշխատավարձի համար:
- ✓ Երկու դեպքում էլ կարող եք պայմանական լինել երեխու խնամքի ծախսերի, որոնք վճարվում են ձեր մատակարարին:

Էջ 7-ում կգտնեք տվյալներ աշխատանքի, մարզումի կարգերի, աշխատանքի խթանիչների, այդ թվում և երեխու խնամքի ծրագրերի մասին: Ձեր աշխատողից հարցրեք լրացուցիչ տվյալներ **Աշխատանքը Կվճարի-ի** մասին և թե ինչպես **հատկացումային OJT-ն** ձեզ կնպաստի:

Հիշեք, որ կարող եք և՛ աշխատել և՛ կանխիկ օգնություն ստանալ, որքան որ պայմանական մնաք և հարգեք ժամանակին տեղեկագրելու կարգերը:

Աշխատանքի և Մարզումի Կարգեր

Ձեր աշխատողը ձեզ կասի կանխիկ օգնության և/կամ CalFresh-ի աշխատանքի ո՞ր կարգերին պետք է հետևեք ձեր դիմումը վավերացվելուց առաջ և հետո: Ձեզ անհիշելի կախաճակի աշխատանքում, մարզումի կամ կրթական գործունեությունների մեջ գտնվել ձեր կանխիկ օգնությունը, CalFresh-ը կամ երկուսը միասին շարունակ ստանալու համար: Կարող է ընտանիքի մեկից ավելի անդամներից պահանջվել, որ հետևեն կանխիկ օգնության և/կամ CalFresh-ի աշխատանքի կարգերին: Եթե որևէ անձ անպայմանաճանկ դառնա աշխատանքի կամ մարզումի կարգերին չհետևելու պատճառով, ընտանիքի այլ անդամներ դեռևս կշարունակեն կանխիկ օգնություն կամ CalFresh ստանալ, այնքան ժամանակ, որ նրանք պայմանական կմնան: Բայց նրանց ստացած կանխիկ օգնության կամ CalFresh-ի գումարը կարող է փոխվել:

Կանխիկ Օգնության Աշխատանքի Կարգեր

Եթե կանխիկ օգնություն և CalFresh կամ միայն կանխիկ օգնություն եք ստանում, պետք է մասնակցեք վելֆերից-աշխատանք որոշ գործունեությունների՝ ձեր կանխիկ օգնությունն ու CalFresh-ը ստանալու համար: Վարչաշրջանը (կաունտին) կասի շաբաթը քանի ժամ պետք է մասնակցեք գործունեություններին, կամ երևի ձեզ գերծ կացուցեն կարգերից: Վելֆերից-աշխատանք գործունեություններից են դրամական նպաստով կամ առանց նպաստի աշխատանք, աշխատանքային փորձ, համայնքային ծառայություն, չափահասի տարրական կրթություն, արհեստագիտական մարզում, և աշխատանքի որոնում: Դրամական նպաստը նշանակում է, որ վարչաշրջանը կամ մի այլ աղբյուր ձեր գործատիրոջ կվճարի ձեր աշխատավարձի մի մասը:

Կանխիկ օգնության աշխատանքի կարգերի համաձայն, պարտավոր եք՝

- Ստորագրել Վելֆերից-Աշխատանք ծրագիր:
- Ընդունել ձեզ առաջարկված պատշաճ աշխատանքը:
- Չհրաժարվել աշխատանքից կամ չնվազեցնել ձեր շահույթը:

Կանխիկ Օգնության Աշխատանքի Կարգերը Զհարգելու Սանկցիաները

Որևէ ժամանակ երբ բանավոր պատճառով չլրացնեք կանխիկ օգնության աշխատանքի կարգերը, ձեր կանխիկ օգնությունը կդադարեցվի մինչև անեք այն, ինչ պարտավոր եք անել: Ձեր կանխիկ օգնությունը և սննդադրոշմները դադարեցվելուց կամ նվազեցվելուց հետո դրանք կարող եք կրկին ստանալ միայն լրացվելուց հետո աշխատանքի կարգերը, որոնք դադարել էին լրացնել, կամ դրանցից գերծ կացուցվելուց հետո: Եթե ձեր կանխիկ օգնությունը դադարեցվել է, ձեր սննդադրոշմները ևս կարող են դադարեցվել կամ նվազեցվել:

Կանխիկ Օգնություն Զստացող Անձերի CalFresh-ի Աշխատանքային Կարգեր

Եթե միայն CalFresh եք ստանում, պարտավոր կլինեք մասնակցել որոշ աշխատանքային և մարզումի գործունեությունների, որպեսզի շարունակեք CalFresh ստանալ: Դրանք ընդգրկում են՝ աշխատանք որոնելը, պարտադիր աշխատանքը, չափահասի տարրական կրթությունը և արհեստագիտական մարզումը: Վարչաշրջանը ձեզ կասի շաբաթը քանի ժամ պետք է մասնակցեք գործունեություններին, կամ եթե գերծ եք մնում այս կարգերից:

CalFresh-ի աշխատանքի կարգերի համաձայն, նաև պարտավոր եք՝

- Պատասխանել ձեր աշխատանքի փորձի և կարողության մասին հարցերի:
- Ստուգել հավանական մի աշխատանք, որի մասին ձեզ կտեղեկացնենք և ընդունել ձեզ առաջարկված պատշաճ աշխատանքը:
- Աշխատանքից չհրաժարվել կամ աշխատանքի մասնակցել չդարձնել շաբաթը 30 ժամից նվազ:

Միայն Սննդադրոշմի Պատիժներ

Եթե չլրացնեք CalFresh-ի աշխատանքի պայմանները և չունեք բանավոր պատճառ, ձեր CalFresh-ը կմերժվի կամ կդադարեցվի առնվազն մեկ, երեք կամ վեց ամսով, նայած թե քանի՞ անգամ դադարել եք լրացնել այդ պայմանները: Ձեր CalFresh-ը դադարեցվելուց հետո, այն վերստին կկարողանաք ստանալ միայն երբ լրացնեք աշխատանքի պայմանները, որ չէիք կարողացել լրացնել, կամ գերծ կացուցվեք դրանցից:

Կանխիկ Օգնություն Զստացող Կարող Զափահասների Աշխատանքի Պահանջումներ

Եթե դուք ստանում եք միայն CalFresh և չունեք փոքր երեխաներ, կա աշխատանքի մի տարբեր կարգ, որը պարտավոր կլինեք լրացնել: Պարտավոր չեք այդ պայմանը լրացնել եթե 18-ից փոքր եք, 49-ից տարեց եք, հղի եք, կամ փոքր երեխայով CalFresh ստացող ընտանիքի անդամ եք: Կարող եք և գերծ կացուցվել այլ պատճառներով, որոնք ձեզ կիմացնի ձեր վարչաշրջանի աշխատողը: Ըստ աշխատանքի կարգի, եթե դուք կարող չափահաս եք, պարտավոր եք վճարովի աշխատանք կատարել առնվազն շաբաթը 20 կամ ամիսը 80 ժամ, բաժին վերցնել պարտադիր աշխատանքի ծրագրում նույնպիսի ժամաքանակով, կամ մասնակցել վավերացված մարզումի գործունեություն առնվազն շաբաթը 20 կամ ամիսը 80 ժամ: 36 ամսվա ընթացքում, CalFresh-ը կդադարեցվի եթե կան երեք ամիսներ, որոնց ընթացքում չեք լրացրել աշխատանքի կարգը: Եթե դադարեք լրացնել աշխատանքի կարգը մի երկրորդ անգամ այնպիսի պատճառներով, ինչպես՝ աշխատանքից հեռացվելը, կկարողանաք CalFresh ստանալ երեք հաջորդական ամիսներ՝ առանց կարգը լրացնելու պարտավորության: Դրանցից հետո, դուք CalFresh կստանաք միայն աշխատանքի կարգը լրացնելուց կամ գերծ կացուցվելուց հետո:

CalWORKs-ի Եկամտի Անտեսումներ

Ձեր ընտանիքի ստացած կանխիկ ընդհանուր գումարը հիմնվում է ձեր ընտանիքի չափսի և ձեզ պատկանող որևէ ուրիշ եկամտի վրա: Օրենքը թույլ է տալիս անտեսել որոշակի եկամուտ, ձեր ստանալիք կանխիկ ընդհանուր գումարը հաշվելիս:

- Եթե ձեր ընտանիքն ստանում է ամսական \$225-ից ավել Անկարողության Եկամուտ (DI), միայն առաջին \$225-ն է անտեսվում:
- Եթե ձեր ընտանիքն ստանում է ամսական \$225 կամ նվազ DI, նրանցից մեկը կհաշվվի որպես եկամուտ և եթե նաև ունեք Ծախված Եկամուտ (EI), \$225-ի ցածրացած մնացորդ այնուհետև անտեսվում է մինչև \$112 և չի հաշվվում որպես եկամուտ:
- Բացի այդ, որևէ ուրիշ EI-ի 50 տոկոսը կանտեսվի:
- Մնացածը ձեր գուտ հաշվառելի եկամտն է և այն գումարն է, որը կօգտագործվի ձեր կանխիկ օգնությունը պատկերացնելու համար:

Ինչպես Վերաբերվել Ինքնագրադրության

Եթե ինքնագրադր եք, ձեր առևտրական ծախսերը կարող եք պատկերացնել կամ համախառն եկամտի ստանդարտը 40 տոկոսի հանումը կատարելով և կամ էլ առևտրական իրողական ծախսերը օգտագործելով: Երբ ձեր ինքնագրադրության գուտ եկամտը պատկերացնելու եղանակը ընտրեք, այդ եղանակը կկարողանաք փոխել միայն վերավճուման ժամանակ կամ ամեն վեց ամիսը մեկ, որը որ ավելի շուտ պատահի:

CalWORKs Երեխայի Խնամքի Ծրագիր

Երեխու խնամքի նպաստներ կան նրանց համար, ովքեր դրա կարիքը ունեն աշխատելու կամ վարչաշրջանի վավերացրած վելֆերից-աշխատանք գործունեություններին մասնակցելու համար, ինչպես՝ կրթական կամ մարզումի ծրագրերի հետևելով:

Կալիֆորնիայի Կրթական Բաժանմունքի (CDE) Երեխայի Խնամք

Երեխու խնամքի նպաստներ ընծայում է նաև CDE-ն: Լրացուցիչ տեղեկություն համար դիմեք ձեր տեղի Աղբյուրների և Հղումի Հիմնարկին:

Անցումային Medi-Cal (TMC)

Medi-Cal-ը կարող եք ստանալ մինչև 12 ամիս եթե աշխատանքի բերումով դուք ձեզ վերացնեք կանխիկ օգնությունից: Ձեր ընտանիքը պետք է կանխիկ օգնություն ստացած լինի առնվազն վեց ամիս՝ կանխիկ օգնությունը դադարեցվելուց առաջ: Վեց ամիսից ավելի TMC ստանալու համար ձեր եկամուտը պետք է որոշ ահմաններից ցածր լինի և դուք պետք է լրացնեք TMC-ի տեղեկագրումի կարգերը:

ԱՅՆ ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԿԱՆԻՏԻԿ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՍՆՆԳԱԳՐՈՇՄՐ ԵՌԱՄՍՅԱ ԳՐՈՒԹՅԱՄԲ ՏԵՂԵԿԱԳՐՈՂ ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐ Բյուջեդավորման Կարգեր

Ձեզ հասանելի կանխիկ օգնության և CalFresh-ի գումարը կախված է ձեր եկամտից և թույլատրված ծախսերից: Դուք կստանաք Եռամսյա Պայմանագրության Տեղեկանք (QR 7), որպեսզի այն լրացնեք ամեն երեք ամիսը մեկ: QR 7-ի վրա պետք է տեղեկագրեք ձեր անցած ամսվա եկամտուն ու ծախսերը և այն եկամտուն ու ծախսերը, որոնք ըստ ձեզ կունենաք հաջորդ երեք ամիսներին՝ ձեր տեղեկանքը վերադարձնելուց հետո: Հաջորդ երեք ամիսների համար ձեր սպասած եկամտուններն ու ծախսերը կօգտագործվեն հաշվելու կանխիկ օգնության և/կամ CalFresh-ի ձեզ հասանելի գումարը այդ երեք ամիսներին: Անցած ամսի մասին QR 7-ով ձեր տված տեղեկությունը կօգտագործվի հաջորդ երեք ամիսների համար, եթե չեք սպասում, որ եկամտուն ու ծախսերը փոփոխվեն:

Օրինակ, եթե QR 7-ը Մարտին վերադարձնեք, պետք է տեղեկագրեք Փետրվարին ձեր ունեցած եկամտուր: Նաև պետք է ասեք, թե եկամտի ի՞նչ փոփոխություն եք սպասում Ապրիլ, Մայիս և Հունիս ամիսներին: Եթե Փետրվարի եկամտուրը նույնն է մնալու, Ապրիլ, Մայիս և Հունիս ամիսների ձեր կանխիկ օգնությունը և սննդադրույնը կգնահատվեն նույն եկամտի և ծախսերի օգտագործումով: Եթե ձեր եկամտուն ու ծախսերը պիտի փոխվեն, ձեր աշխատողը կօգտագործի այն նոր եկամտի գումարները, որոնք ըստ ձեզ դուք կստանաք Ապրիլին, Մայիսին և Հունիսին, որպեսզի որոշի այս ամիսների համար ձեր կանխիկ օգնության և/կամ CalFresh-ի գումարը: Այս եղանակը կոչվում է նախատեսական բյուջեդավորում:

Ստացվածքի Սահման CalWORKS՝

\$2000-ի սահման է դրված ստացվածքի այն գումարի վրա (օրինակ՝ դրամատան հաշիվ, արժեթույր, կլն.), որը ձեր ընտանիքը կարող է ունենալ և այնուամենայնիվ CalWORKS-ի նպաստներ ստանալ: Եթե որևէ անձ ձեր ընտանիքում առնվազն 60 տարեկան է, սահմանը կդառնա \$3000: Ձեր տունը և կահույքը ընդհանուր գումարին մաս չեն կազմի եթե բնակվեք ձեր տանը: Անհատական ավտոմեքենայի արժեքի սահմանը \$4650 է: Եթե ձեր գրանցված ավտոմեքենան \$4650-ից ավելի արժի, ցանկացած հավելյալ գումար մաս կնկատվի ունեցվածքի ընդհանուր գումարին, բացի եթե ավտոմեքենան օգտագործվում է ձեր ընտանիքի կողմից որոշ հատուկ պատճառներով: Ձեր աշխատողից հարցրեք այդ պատճառները: Ձեր ունեցած որևէ մեքենա, որը չի վաճառվի ավելի քան \$1500-ով, պայմանականությունը որոշելիս մաս չի նկատվի ունեցվածքի ընդհանուր գումարին: Ձեր աշխատողը ձեզ կասի ինչպես գնահատել ցանկացած չգրանցված մեքենա:

CalFresh՝

Եթե ստանում եք միայն CalFresh-ի նպատներ և կանխիկ օգնություն չեք ստանում, ունեցվածքի սահման չկա: Նրանք, ովքեր ստանում են և՛ կանխիկ օգնություն և՛ CalFresh-ի նպատներ, կկիրառվի CalWORKS-ի ունեցվածքի (վերևի) սահմանը:

ՄԻԱՅՆ ԿԱՆԻՏԻԿ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ 48-Ամսյա Ժամանակասահման

2011 Հուլիսի 1-ից սկսած, ծնողը կամ խնամակալ բարեկամը պայմանական չէ կանխիկ օգնության՝ եթե կանխիկ օգնություն է ստացել 48 ամիս: CalWORKS-ի (Կալիֆորնիայի Աշխատանքի Պատեհություն և Պարապորտություն Երեխաների Համար) և/կամ Ցեղախմբային TANF-ի կամ որևէ այլ անահագի միջոցով ստացված կանխիկ օգնությունը մաս կնկատվի 48 ամիսներին: Միայն 1998 թ. Հունվարի 1-ից հետո ստացված կանխիկ օգնությունը հաշվի կառնվի 48 ամիսների համար: Այս ժամանակասահմանը ունի բացառություններ և սահմանը չի տարածվի երեխաների վրա:

Աղբյուրներ/Նպաստների Էլեկտրոնային Փոխանցում (EBT)

Ամսի վերջում EBT հաշվում գտնվող որևէ մնացորդ կնկատվի տրամադրելի աղբյուր և ձեր ընտանիքը անպայմանական կդարձնի կանխիկ օգնության, եթե ձեր հաշվարկելի աղբյուրների գումարը թույլատրելի աղբյուրների սահմանը գերազանցի:

Ունեցվածքի Փոխանցման Կարգ

Ստացողները կարող են վաճառել, փոխանակել կամ փոխել իրենց ստացվածքի տիրույթների ձևը՝ եթե շուկայի արդար գին ստանան ունեցվածքի (ստացվածք) համար: Եթե դրա համար չստանան արդար շուկայի գին, ընտանիքը կենթարկվի անպայմանականության շրջանի: Անպայմանականության շրջանը գնահատվում է ստացվածքի արդար շուկայի գնից ստացված գումարը նվազեցնելով և ապա այն բաժանելով ընտանիքի կարիքի ստանդարտով: Գումարը կիրացվում է դեպի հաջորդ ցածր լրիվ գումարը:

ՄԻԱՅՆ CALFRESH Կենցաղապասարկման Հատկացում

Եթե չեղուցման և զովացման ծախսերի ունեք, պայմանական կլինեք Ստանդարդ Կենցաղապասարկման Հատկացումի (SUA): Եթե ունեք չեղուցման և զովացման ծախսերից տարբեր կենցաղապասարկային ծախսեր, ինչպես՝ ջուր, կոյուղի և աղբ, ձեզ կտրվի Սահմանափակ Կենցաղապասարկման Հատկացումի (LUA) հսկում: Եթե ունեք միայն հեռախոսի ծախս, ձեզ կտրվի Հեռախոսի Կենցաղապասարկման Հատկացումի (TUA) հսկում: SUA-ն, LUA-ն և TUA-ն օգտագործվում են նվազեցնելու ձեր եկամտուրը, որը ձեզ կօգնի ստանալ ավելի շատ նպաստներ:

ՄԻԱՅՆ MEDI-CAL/34 ՎԱՐՉԱՅՐՋԱՆԻ ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ CMSP Ավելորդ Ստացվածքի Ծախսումը

- Եթե ստանում եք կամ դիմել եք Միայն Medi-Cal/34 վարչաշրջանի Նահանգային CMSP-ի և ունեք օրենքի թույլատրածից ավելի ստացվածք, կարող եք այն ցածրացնել մինչև ամսի վերջին օրը, ներառած՝ դիմումի ամիսը: Medi-Cal-ի համար կարող եք ձեր ավելորդ ստացվածքը ծախսել ցանկացած եղանակով: Բայց հիվանդապահական հաստատության խնամքի մակարդակի համար պայմանական չեք լինի մի որոշ ժամանակ՝ եթե որևէ ստացվածք վաճառեք կամ ձեռից հանեք իր արժեքից նվազ գնով և դիմեք կամ ստանաք հիվանդապահական մակարդակի Medi-Cal փոխանցման հաջորդող 30 ամիսներում:
- Դուք վարչաշրջանի CMSP-ի պայմանական չեք լինի եթե մի ստացվածք վաճառեք կամ ձեռից հանեք իր արժեքից ցածր գնով:

Աղբյուրներ և Ստացվածք

- 55 տարեկանից հետո ստացված բոլոր Medi-Cal նպաստները ենթակա են գանձվելու Medi-Cal-ի մահացած նպատրվակալի կալվածից: Գանձումը, սակայն, չի կարող գերազանցել կալվածի արժեքը: Գանձումը չի կարող կատարվել եթե նպատրվակալը թողել է այրի կին: Նահանգը չի կարող մասնաբաժին պահանջել մի կալվածից, որը թողվել է անչափահաս երեխայի կամ բոլորովին անկարող չափահաս երեխայի: Բացի այդ, եթե գանձումը անտեղի դժվարության կմատնի որևէ այլ ժառանգորդի, և այդ դժվարությունը կարող է սպացուցվել, գանձումը կչնչվի լրիվ կամ մասնակի:
- Եթե հիմնարկում բուժվել եք և ձեր տունը կամ նախկին տունը գերծ չի կացուցվել, Նահանգը կարող է կալանադրման ենթարկել ձեր ստացվածքը՝ վճարելու համար Medi-Cal-ի ծածկված բժշկական խնամքի ծախսերը:

ՏՐԱՄԱԳՐԵԼԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կանանց, Նորածինների և Երեխաների (WIC) Լրացուցիչ Սննդի Ծրագիր՝ WIC ծրագիրը միայն հղի և կրծքով կերակրող կանանց համար է, ինչպես նաև նորածինների և 5-ից փոքր երեխաների, ովքեր բժշկական սննդի վստահի գոտում են: WIC-ի մասին լրացուցիչ տեղեկության համար զանգեք ձեր տեղի վարչաշրջանի առողջապահ բաժանմունք կամ հեռախոսագրքում գտնվող WIC-ի համարով:

Քվեարկողի Գրանցում՝ Եթե ուզում եք քվեարկման համար գրանցվել, ձեր աշխատողից խնդրեք ձեզ ուղարկել գրանցման ձևը: Եթե այն լրացնելու համար ձեզ օգնություն է պետք, խնդրեք ձեր աշխատողից: Ձեր կարող եք ինքնեթո առաքել: Օգնության ձեր պայմանականությունը չի ազդվի եթե չգրանցվեք: Ձեր աշխատողը ձեզ չի թելադրի ինչպես քվեարկել:

ՊԱՏԺԻ ԶԳՈՒՇԱՅՈՒՄՆԵՐ

Եթե դիտումնավոր կերպով չհաղորդեք տվյալներ կամ հաղորդեք սխալ տվյալներ՝ նպաստներ ստանալու կամ շարունակել ստանալու համար, ձեզ օրենքով կդատեն և կամբաստանեն հանցագործության մեջ եթե կանխիկ օգնությունից, CalFresh-ից կամ Medi-Cal-ից սխալմամբ ավելի քան \$400 է վճարվել ձեզ ձեր եկամտի, ունեցվածքի կամ ընտանեկան վիճակի մասին բոլոր տվյալները կամ փոփոխությունները չհաղորդելու հետևանքով: Կարող եք ապառախվորվել կանխիկ օգնություն կամ CalFresh նպաստներ ստանալուց:

Ապառախվորման Պատիժներ

Կանխիկ Օգնություն և CalFresh

Ապառախվորման պատիժներն սկսվում են երբ նահանգային լսումը կամ դատարանը գտնի, որ անհատը գործել է Ծրագրի Գիտումնավոր Խախտում (IPV): Նույնպես, IPV-ով մեղադրված ցանկացած անձ կարող է համաձայնվել, որ ապառախվորվի՝ ստորագրելով Վարչական Ապառախվորման Հավանության Համաձայնագիր կամ Ապառախվորման Լսումից Հրաժարում: Այս երկու փաստաթղթերից որևէ մեկը ստորագրողը հրաժարվում է լսումի բոլոր իրավունքներից և պարտավորվում է վերադարձնել կանխիկ օգնության և/կամ CalFresh-ի բոլոր գերվճարումները կամ հավելյալ հատկացումները:

Կանխիկ Օգնության Պատիժներ

Եթե չհետևեք կանխիկ օգնության կարգերին, ձեզ կտուգանեն մինչև \$10,000 և/կամ բանտ կողարկեն 5 տարով:

Եւ եթե դատարանը կամ վարչական լսումը գտնի, որ գործել եք որոշ տեսակի խարդախություններ, ձեր կանխիկ օգնությունը կդադարեցվի 6 ամսով, 12 ամսով, 2 տարով, 4 տարով, 5 տարով կամ ընդմիջտ:

Միայն CalFresh

Եթե ձեր ընտանիքը CalFresh է ստանում, պարտավոր է հետևել այս կարգերին՝

- 2տալ սխալ կամ թերի տվյալներ՝ ստանալու կամ շարունակել ստանալու համար CalFresh-ի նպաստները:
- 2փոխանակել կամ չվճառել ձեր (EBT) տոմսը:
- 2կեղծել EBT տոմսը՝ ձեզ չհասնող CalFresh-ի նպաստներ ստանալու համար:
- CalFresh-ի նպաստները չօգտագործել զենելու համար անպայմանական բաներ՝ ոգելից ըմպելի կամ ծխախոտ, թուղթ, մաքրիչներ:
- 2օգտագործել մեկ ուրիշ EBT տոմսը ձեր ընտանիքի համար:

CalFresh-ի Պատիժներ

Եթե չհետևեք CalFresh-ի կարգերին, ձեր CalFresh-ը կդադարեցվի 12 ամսով առաջին խախտման, 24 ամսով երկրորդ և ընդմիջտ՝ երրորդ խախտման դեպքում: Ձեզ կտուգանեն մինչև \$250,000 տղարով և/կամ կբանտարկեն 20 տարով: Եթե որևէ դատարան կամ վարչական լսում ձեզ հանցավոր գտնի հետևյալների պատճառով՝

- CalFresh-ը վաճառել կամ փոխանակել եք զենքերի, զինամթերքի կամ պայթուցիկների համար, ձեր CalFresh-ը կդադարեցվի ընդմիջտ առաջին խախտման դեպքում.
- CalFresh-ը վաճառել կամ փոխանակել եք թմրանյութերի համար, ձեր CalFresh-ը կդադարեցվի 24 ամսով առաջին և ընդմիջտ՝ երկրորդ խախտման դեպքում.
- Փոխանակել կամ վաճառել եք ավելի քան \$500 արժողությամբ CalFresh, ձեր CalFresh-ը կդադարեցվի ընդմիջտ.
- Միաժամանակ երկու կամ ավելի դիմում եք ներկայացրել CalFresh-ի համար և վարչաշրջանին ներկայացրել եք կեղծ ինքնության կամ բնակարանի տեղեկություն, ձեր CalFresh-ը կդադարեցվի 10 տարով:

ԳԻՄՈՐԳԻ/ՍՏԱՅՈՂԻ ՎԿԱՅԱԳՐՈՒՄ

- Հասկանում եմ իմ իրավունքներն ու պարտավորությունները և համաձայն եմ հարգել իմ պարտավորությունները:
- Գնա հասկանում եմ թերի կամ սխալ տվյալ տալու, կամ կանխիկ օգնության կամ CalFresh-ի և/կամ Medi-Cal/34 Վարչաշրջանի CMSP-ի իմ պայմանականության ազդող տվյալները կամ վիճակները չներկայացնելու համար պատիժները
- Հաստատում եմ, որ ստացել եմ օրինակը Իրավունքներ, Պարտավորություններ և Այլ Կարևոր Տեղեկությունների (SAWS 2A QR)

• Ես գնա հաստատում եմ, որ եթե դիմել կամ ստացել եմ կանխիկ օգնություն, ստացել եմ հետևյալի օրինակը՝
 Վեկֆերից Աշխատանք իմացնող ծանուցագիր (WTW 5)

(ԳԻՄՈՐԳԻ/ՍՏԱՅՈՂԻ ՍԱՅԲԱՍԱՆՆԵՐ)

• Ես գնա հաստատում եմ, որ եթե դիմել եմ Medi-Cal/34 Վարչաշրջանի CMSP-ի համար՝ ստացել եմ օրինակը MC 219-ի և դրա բովանդակությունը բացատրվել է ինձ:

(ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏՈՂԻ ՎԿԱՅԱԳՐՈՒՄ) ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION

I certify that the applicant/recipient appears to understand:

- his/her rights and responsibilities and
- the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP

I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:

- The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A QR)

• For cash aid:
 Welfare to Work Informing Notice (WTW 5)

- For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.

Ստորագրություն (Ծնող կամ Խնամող Բարեկամ, CalFresh-ով Ընտանիքի Անդամ կամ Լիազոր Ներկայացուցիչ, Medi-Cal/34 Վարչաշրջանի CMSP-ի Գիմորդ/Նպաստընկալ)

Թվական

Ստորագրություն (Տանը բնակվող այլ ծնող)

Վկա, եթե «X» եք ստորագրել

Թվական

Պայմանականության Աշխատողի Ստորագրությունը

Պայմանականության Աշխատողի Համարը

Թվական

ՊԱՏԺԻ ԶԳՈՒՇԱՅՈՒՄՆԵՐ

Եթե դիտումնավոր կերպով չհաղորդեք տվյալներ կամ հաղորդեք սխալ տվյալներ՝ նպաստներ ստանալու կամ շարունակել ստանալու համար, ձեզ օրենքով կդատեն և կամբաստանեն հանցագործության մեջ եթե կանխիկ օգնությունից, **CalFresh**-ից կամ **Medi-Cal**-ից սխալմամբ ավելի քան \$400 է վճարվել ձեզ ձեր եկամտի, ունեցվածքի կամ ընտանեկան վիճակի մասին բոլոր տվյալները կամ փոփոխությունները չհաղորդելու հետևանքով: Կարող եք ապարդակավորվել կանխիկ օգնություն կամ **CalFresh** նպաստներ ստանալուց:

Ապարդակավորման Պատիժներ

Կանխիկ Օգնություն և CalFresh

Ապարդակավորման պատիժներն սկսվում են երբ նահանգային լսումը կամ դատարանը գտնի, որ անհատը գործել է Ծրագրի Գիտումնավոր Խախտում (IPV): Նույնպես, IPV-ով մեղադրված ցանկացած անձ կարող է համաձայնվել, որ ապարդակավորվի՝ ստորագրելով Վարչական Ապարդակավորման Հավանության Համաձայնագիր կամ Ապարդակավորման Լսումից Հրաժարում: Այս երկու փաստաթղթերից որևէ մեկը ստորագրողը հրաժարվում է լսումի բոլոր իրավունքներից և պարտավորվում է վերադարձնել կանխիկ օգնության և/կամ **CalFresh**-ի բոլոր գերվճարումները կամ հավելյալ հատկացումները:

Կանխիկ Օգնության Պատիժներ

Եթե չհետևեք կանխիկ օգնության կարգերին, ձեզ կտուգանեն մինչև \$10,000 և/կամ բանտ կողարկեն 5 տարով:

Եւ եթե դատարանը կամ վարչական լսումը գտնի, որ գործել եք որոշ տեսակի խարդախություններ, ձեր կանխիկ օգնությունը կդադարեցվի 6 ամսով, 12 ամսով, 2 տարով, 4 տարով, 5 տարով կամ ընդմիջտ:

Միայն CalFresh

Եթե ձեր ընտանիքը **CalFresh** է ստանում, պարտավոր է հետևել այս կարգերին՝

- 2տալ սխալ կամ թերի տվյալներ՝ ստանալու կամ շարունակել ստանալու համար **CalFresh**-ի նպաստները:
- 2փոխանակել կամ չվճառել ձեր (EBT) տոմսը:
- 2կեղծել **EBT** տոմսը՝ ձեզ չհասնող **CalFresh**-ի նպաստներ ստանալու համար:
- **CalFresh**-ի նպաստները չօգտագործել զնեյու համար անպայմանուհան բաներ՝ ոգելից ըմպելի կամ ծխախոտ, թուղթ, մաքրիչներ:
- 2օգտագործել մեկ ուրիշի **EBT** տոմսը ձեր ընտանիքի համար:

CalFresh-ի Պատիժներ

Եթե չհետևեք **CalFresh**-ի կարգերին, ձեր **CalFresh**-ը կդադարեցվի 12 ամսով առաջին խախտման, 24 ամսով երկրորդ և ընդմիջտ՝ երրորդ խախտման դեպքում: Ձեզ կտուգանեն մինչև \$250,000 տղարով և/կամ կբանտարկեն 20 տարով: Եթե որևէ դատարան կամ վարչական լսում ձեզ հանցավոր գտնի հետևյալների պատճառով՝

- **CalFresh**-ը վաճառել կամ փոխանակել եք զենքերի, զինամթերքի կամ պայթուցիկների համար, ձեր **CalFresh**-ը կդադարեցվի ընդմիջտ առաջին խախտման դեպքում.
- **CalFresh**-ը վաճառել կամ փոխանակել եք թմրանյութերի համար, ձեր **CalFresh**-ը կդադարեցվի 24 ամսով առաջին և ընդմիջտ՝ երկրորդ խախտման դեպքում.
- Փոխանակել կամ վաճառել եք ավելի քան \$500 արժողությամբ **CalFresh**, ձեր **CalFresh**-ը կդադարեցվի ընդմիջտ.
- Միաժամանակ երկու կամ ավելի դիմում եք ներկայացրել **CalFresh**-ի համար և վարչաշրջանին ներկայացրել եք կեղծ ինքնության կամ բնակարանի տեղեկություն, ձեր **CalFresh**-ը կդադարեցվի 10 տարով:

ԳԻՄՈՐԳԻ/ՍՏԱՅՈՂԻ ՎԿԱՅԱԳՐՈՒՄ	(ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏՈՂԻ ՎԿԱՅԱԳՐՈՒՄ) ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION
<ul style="list-style-type: none"> • Հասկանում եմ իմ իրավունքներն ու պարտավորությունները և համաձայն եմ հարգել իմ պարտավորությունները: • Գնա հասկանում եմ թերի կամ սխալ տվյալ տալու, կամ կանխիկ օգնության կամ CalFresh-ի և/կամ Medi-Cal/34 Վարչաշրջանի CMSP-ի իմ պայմանականության ազդող տվյալները կամ վիճակները չներկայացնելու համար պատիժները • Հաստատում եմ, որ ստացել եմ օրինակը Իրավունքներ, Պարտավորություններ և Այլ Կարևոր Տեղեկությունների (SAWS 2A QR) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Ես գնա հաստատում եմ, որ եթե դիմել կամ ստացել եմ կանխիկ օգնություն, ստացել եմ հետևյալի օրինակը՝ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Վեկֆերից Աշխատանք իմացնող ծանուցագիր (WTW 5) </div> <p style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 5px;">(ԳԻՄՈՐԳԻ/ՍՏԱՅՈՂԻ ՍԱՅԲԱՍԱՆՈՐ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ես գնա հաստատում եմ, որ եթե դիմել եմ Medi-Cal/34 Վարչաշրջանի CMSP-ի համար՝ ստացել եմ օրինակը MC 219-ի և դրա բովանդակությունը բացատրվել է ինձ: 	<p>I certify that the applicant/recipient appears to understand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • his/her rights and responsibilities and • the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP <p>I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A QR) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> • For cash aid: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Welfare to Work Informing Notice (WTW 5) </div> <ul style="list-style-type: none"> • For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.
Ստորագրություն (Ծնող կամ Խնամող Բարեկամ, CalFresh -ով Ընտանիքի Անդամ կամ Լիազոր Ներկայացուցիչ, Medi-Cal/34 Վարչաշրջանի CMSP -ի Գիմորդ/Նպաստընկալ)	Թվական
Ստորագրություն (Տանը բնակվող այլ ծնող)	Վկա, եթե «X» եք ստորագրել
Պայմանականության Աշխատողի Ստորագրությունը	Պայմանականության Աշխատողի Համարը
	Թվական