

ԴԻՄՈՒՄ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Տեղեկություն.

Դիմորդին՝ այս ձևաթուղթը ենթակա է ստուգման: Ձեզ մոտ պահեք լրացված ձևաթղթի պատճենը: Ինչ վերաբերվում է տրոհվող սոցիալական ապահովության համարին, դուք պարտավոր եք տրամադրել ձեր սոցիալական ապահովության համար(ներ)ը՝ համաձայն 42 USC 405 և MPP մաս 30-769.71: Այս տեղեկությունն օգտագործվելու է իրավասության որոշման և այլ հանրային գործակալությունների հետ տվյալների համակարգման համար:

Ցուցումներ. բոլոր դիմորդները պետք է լրացնեն հետևյալ հատվածները:

| | |
|------------------|-----------------------------|
| Դիմումի ամսաթիվ՝ | Գործի համար (եթե հայտնի է)՝ |
|------------------|-----------------------------|

Մաս 1 - Անձնական տվյալներ

| | | |
|------------------|---------------|--------------------------------|
| Անուն՝ | | Սոցիալական ապահովության համար՝ |
| Փողոցի հասցե՝ | | Քաղաք՝ |
| Նահանգ՝ | Փոստային կոդ՝ | Հեռախոս՝ |
| Ծննդյան ամսաթիվ՝ | | Սեռ՝ Արական Իգական |

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

Մաս 2 – Վետերանի տվյալներ

| | |
|---|---|
| Դուք վետերան եք: Այո Ոչ | Ձեր ամուսինը/երեխան վետերան են: Այո Ոչ |
| Եթե ԱՅՈ, գրեք վետերանի անունը և հայցի համարը՝ | |
| | |

Մաս 3 – SSI/SSP մասին տվյալներ

| | | |
|---|-----|----|
| Դուք ստանում եք SSI/SSP նպաստներ: | Այո | Ոչ |
| Եթե այո, նշեք բնակության ձեր տարբերակը՝ Անկախ եմ ապրում Կացարան և ինամբ Ինչ-որ մեկի տանը | | |
| Հայցվող ծառայություններ՝ | | |
| | | |

Մաս 4 – Անցյալ IHSS մասին տվյալներ

| | |
|---|-----------------------------------|
| Դուք անցյալում ստացել եք Տնային աջակցության ծառայություններ (In-Home Support Services, IHSS): | |
| Այո | Ոչ |
| Եթե այո, լրացրեք հետևյալը: Վերջին անգամ ծառայություններ ստանալու ամսաթիվն ու վարչաշրջանը՝ | |
| Ամսական ընդհանուր ժամերը՝ | Անունը (եթե տարբերվում է վերևից)՝ |
| | |

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

Մաս 5 – Կենցաղի մասին տվյալներ

Թվարկեք կենցաղում բնակվող ընտանիքի անդամներին՝

| | | | |
|------------------|--------------------------------|-------------|-------------|
| Անուններ՝ | Ամուսին | Ծնող | Այլ բարեկան |
| Ծննդյան ամսաթիվ՝ | Սոցիալական ապահովության համար՝ | | |
| Անուններ՝ | Երեխա | Այլ բարեկամ | |
| Ծննդյան ամսաթիվ՝ | Սոցիալական ապահովության համար՝ | | |
| Անուններ՝ | Երեխա | Այլ բարեկամ | |
| Ծննդյան ամսաթիվ՝ | Սոցիալական ապահովության համար՝ | | |
| Անուններ՝ | Երեխա | Այլ բարեկամ | |
| Ծննդյան ամսաթիվ՝ | Սոցիալական ապահովության համար՝ | | |
| Անուններ՝ | Երեխա | Այլ բարեկամ | |
| Ծննդյան ամսաթիվ՝ | Սոցիալական ապահովության համար՝ | | |

Մաս 6 – Էթնիկական ծագման և լեզվի մասին տվյալներ

Օրենքը պահանջում է հավաքել էթնիկական ծագման և լեզվի մասին տվյալներ: Եթե դուք չլրացնեք այս մասը, սոցիալական ծառայությունների անձնակազմը որոշում կկայացնի: Այս տվյալները չեն ազդի ծառայությունների ձեր իրավասության վրա:

| | |
|--|---|
| <p>A. Իմ էթնիկական ծագումն է՝</p> <p>(Տեսեք էթնիկական պատկանելության ցուցակը 9-րդ էջում)</p> | <p>B. Ես խոսում եմ և հասկանում եմ անգլերեն՝</p> <p>Այո Ոչ</p> <p>Եթե անգլերենը չէ, ապա իմ առաջնային լեզուն է՝</p> <p>(Տեսեք լեզուների ցուցակը 10-րդ էջում)</p> |
|--|---|

Մաս 7 – Հաղորդակցության հարմարեցումներ

Կույր կամ տեսողության խնդիրներ ունեցող դիմորդների հարմարության համար IHSS մասին տեղեկությունները մատչելի են հետևյալ այլընտրանքային ձևաչափերով: Խնդրում ենք նշել, թե որ ձևաչափն եք նախընտրում, եթե կիրառելի է: Այս մասում տվյալների տրամադրումը չի ազդի ծառայությունների ձեր իրավասության վրա:

| | | |
|--------------|-----|----|
| Ես կույր եմ՝ | Այո | Ոչ |
|--------------|-----|----|

Եթե այո, խնդրում ենք ընտրել հետևյալներից մեկը՝ թվարկված DSS փաստաթղթերի երեք տեսակներից յուրաքանչյուրի համար:

| | | |
|--|---------------|--------------------|
| Գործողության ծանուցագրերի համար՝ | | |
| Հարմարեցում պետք չէ | | |
| Բրայլ | Ձայնասկավառակ | Տվյալների սկավարակ |
| Վարչաշրջանի աջակցություն | | |
| (Եթե ընտրել եք Վարչաշրջանի աջակցություն, նկարագրեք՝ ինչ աջակցություն է հարկավոր) | | |

| | | |
|--|---------------|---------------------|
| IHSS-ի պահանջվող ձևաթղթեր՝ | | Հարմարեցում պետք չէ |
| Բրայլ | Ձայնասկավառակ | Տվյալների սկավարակ |
| Վարչաշրջանի աջակցություն | | |
| (Եթե ընտրել եք Վարչաշրջանի աջակցություն, նկարագրեք՝ ինչ աջակցություն է հարկավոր) | | |

| | | |
|--|--|---------------------|
| Ժամանակացույցերի համար՝ | | Հարմարեցում պետք չէ |
| Հեռախոսային համակարգ (4-թվանի RAN՝) | | |
| Վարչաշրջանի աջակցություն | | |
| (Եթե ընտրել եք Վարչաշրջանի աջակցություն, նկարագրեք՝ ինչ աջակցություն է հարկավոր) | | |

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

| | | |
|--------------------------------|-----|----|
| Ես տեսողության խնդիրներ ունեմ՝ | Այո | Ոչ |
|--------------------------------|-----|----|

Եթե այո, խնդրում եմք ընտրել հետևյալներից մեկը՝ թվարկված DSS փաստաթղթերի երեք տեսակներից յուրաքանչյուրի համար:

| | |
|--|---|
| Գործողության ծանուցագրերի համար՝ | |
| Հարմարեցում պետք չէ | |
| 18 չափսի տառատեսակ Տվյալների սկավարակ | Ձայնասկավառակ Վարչաշրջանի աջակցություն |
| (Եթե ընտրել եք Վարչաշրջանի աջակցություն, նկարագրեք՝ ինչ աջակցություն է հարկավոր) | |
| IHSS-ի պահանջվող ձևաթղթեր՝ | |
| Հարմարեցում պետք չէ | |
| 18 չափսի տառատեսակ Տվյալների սկավարակ | Ձայնասկավառակ Վարչաշրջանի աջակցություն |
| (Եթե ընտրել եք Վարչաշրջանի աջակցություն, նկարագրեք՝ ինչ աջակցություն է հարկավոր) | |

| | |
|--|--------------------------|
| Ժամանակացույցերի համար՝ | |
| Հարմարեցում պետք չէ | |
| 18 չափսի տառատեսակ | Վարչաշրջանի աջակցություն |
| (Եթե ընտրել եք Վարչաշրջանի աջակցություն, նկարագրեք՝ ինչ աջակցություն է հարկավոր, այդ թվում՝ միայն կուլյերին տրամադրվող ծառայությունները) | |

Մաս 8 – Հաստատում

Ես հաստատում եմ, որ վերոնշյալ տեղեկությունը ճշմարիտ է, որքանով որ ինձ հայտնի է: Ես համաձայն եմ լիովին համագործակցել, եթե ապագայում պահանջվի վերոնշյալ հայտարարությունների ստուգում:

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

Ես նաև հասկանում եմ, որ որպես իմ IHSS մատակարարող(ներ)ի գործատու՝ ես պատասխանատու եմ հետևյալի համար.

- 1) Աշխատանքի ընդունել, սովորեցնել, վերահսկել, ժամանակացույց կազմել, և երբ անհրաժեշտ է, աշխատանքից ազատել իմ մատակարարող(ներ)ին:
- 2) Համոզվել, որ ինձ համար աշխատող բոլոր մատակարարողների ընդհանուր ժամաքանակը չի գերազանցում իմ IHSS ամսական հաստատված ժամերը:
- 3) Ուղարկել որևէ մեկին, ում ես ցանկանում եմ աշխատանքի ընդունել, վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ՝ մատակարարողի իրավասության գործընթացն անցնելու համար:
- 4) Տեղեկացնել վարչաշրջանի IHSS գրասենյակը, երբ ես մատակարարողին ազատում եմ աշխատանքից:

Ի հավելումս, ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևյալ պայմաններին ու սահմանափակումներին IHSS ծրագրի կողմից ծառայությունների վճարման վերաբերյալ.

- 1) Որպեսզի անձը վճարվի IHSS ծրագրի կողմից, նա պետք է լինի հաստատված IHSS իրավասու մատակարարող:
- 2) Եթե ես որոշում եմ աշխատանքի ընդունել որևէ մեկին, ով դեռ հաստատված IHSS իրավասու մատակարարող չէ, ապա ես պատասխանատու կլինեմ նրան վճարելու համար, եթե նա չհաստատվի:
- 3) IHSS ծրագիրը չի վճարի ինձ տրամադրած որևէ ծառայության համար, մինչև որ ծառայությունների իմ դիմումը չհաստատվի, և այդ ժամանակ կվճարի միայն այն ծառայությունների համար, որոնք IHSS ծրագիրը հաստատել է ինձ համար:
- 4) Ես պատասխանատու կլինեմ վճարել իմ ստացած որևէ ծառայության համար, որը ներառված չէ իմ IHSS հաստատման մեջ:

Ես նաև հասկանում եմ և համաձայն եմ համագործակցել հետևյալ հարցերում, որպես IHSS իմ իրավասության մի մաս.

Ծրագրի անձեռնմխելիությունը երաշխավորելու համար, ես կարող եմ ենթարկվել անսպասելի այցելությունների իմ տուն, և ես կամ իմ մատակարարող(ներ)ը կարող ենք ծրագրի պահանջների վերաբերյալ մտահոգություններ արտահայտող նամակներ ստանալ Առողջապահական ինսամքի ծառայությունների նահանգային բաժնից (State Department of Health Care Services, DHCS), Կալիֆորնիայի Սոցիալական ծառայությունների

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
 բաժնից (California Department of Social Services, CDSS) և/կամ վարչաշրջանից,
 որտեղ ես ստանում եմ իմ ծառայությունները:

Այս այցելությունների և նամակների նպատակն է համոզվել, որ ծրագրի պահանջները կատարվում են, և որ հաստատված ծառայություններն անհրաժեշտ են ձեզ համար ապահով կերպով տանը մնալու համար:
 Այցելությունը նույնպես կստուգի հաստատված ծառայությունների տրամադրումը, այդ ծառայությունների որակը, և ձեր բարեկեցությունը:

Եթե պարզվի, որ IHSS ծառայությունները չեն պահանջվում կամ անպատշաճ կերպով են տրամադրվում, դուք և/կամ ձեր մատակարարողը կարող եք ենթարկվել Medi-Cal խարդախության հետաքննության: Եթե խարդախության փաստը հաստատվում է, դուք և/կամ ձեր մատակարարողը կհետապնդվեք դատական կարգով Medi-Cal խարդախության համար:

Մաս 9 – Ստորագրություն(ներ)

| | | |
|--|--|----------|
| Դիմորդ ստորագրություն՝ | | Ամսաթիվ՝ |
| Դիմորդի ներկայացուցչի ստորագրություն (եթե կիրառելի է)՝ | | Ամսաթիվ՝ |
| Ներկայացուցչի հարաբերությունը դիմորդին (միայն եթե կիրառելի է)՝ | Ներկայացուցչի հեռախոսահամարը (միայն եթե կիրառելի է)՝ | |
| Ներկայացուցչի հասցեն (միայն եթե կիրառելի է)՝ | | |

IHSS ծառայությունների տրամադրման կամ ստացման կասկածելի խարդախությունը կամ չարաշահումը զեկուցելու համար խնդրում ենք զանգահարել խարդախություն զեկուցելու թեժ գծով՝ 1-800-822-6222, Էլ. նամակ ուղարկել stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov հասցեով կամ այցելել <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>:

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

FOR AGENCY USE ONLY

| | | |
|---|--|-------------------|
| Income Eligible: Yes No | Status Eligible: Yes No | Verification: |
| Signature of Social Worker or Agency Representative: | | Telephone Number: |
| Recipient Status: Refugee Cuban/Haitian Entrant Neither | Source of Verification for Refuge or Entrant Status (explain): | |

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

Էթնիկական ծագման կոդեր

- | | |
|--|------------------|
| 1. Սպիտակ | H. Կամբոջացի |
| 2. Հիսպանիկ | J. Ճապոնացի |
| 3. Սև | K. Կորեացի |
| 4. Այլ ասիացի կամ խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ | M. Սամոացի |
| 5. Ամերիկացի հնդիկ կամ Այասկայի բնիկ | N. Ասիական հնդիկ |
| 7. Ֆիլիպինցի | P. Հավայացի |
| C. Չինացի | R. Գուամցի |
| | T. Լաոսցի |
| | V. Վիետնամցի |

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

Լեզուների կոդեր`

- O. Ամերիկյան նշանային
լեզու(AMISLAN կամ ASL)
- 1. Իսպաներեն - գործողության
ծանուցագիրը կուղարկվի
իսպաներեն լեզվով:
- 2. Կանտոներեն
- 3. Ճապոներեն
- 4. Կորեերեն
- 5. Տագալոգ
- 6. Այլ, ոչ անգլերեն
- 7. Անգլերեն
- 9. Իսպաներեն - գործողության
ծանուցագիրը կուղարկվի
անգլերեն լեզվով:
- A. Այլ նշանային լեզու
- B. Մանդարին
- C. Այլ չինարեն լեզուներ
- D. Կամբոջերեն
- E. Հայերեն
- F. Իլոկանո
- G. Միեն
- H. Հմոնգ

- I. Լաո
- J. Թուրքերեն
- K. Հրեերեն
- L. Ֆրանսերեն
- M. Լեհերեն
- N. Ռուսերեն
- P. Պորտուգալերեն
- Q. Իտալերեն
- R. Արաբերեն
- S. Սամոերեն
- T. Թայերեն
- U. Պարսկերեն
- V. Վիետնամերեն