

ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ՝ ՓԱՍՏԵՐԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳԻՐ ԵՎ ՌԵՍՈՐՍՆԵՐ ԵԿՎԱՍՈՒՑ ԵՎ ՌԵՍՈՐՍՆԵՐ

(Լրացուցիչ դիմում՝ Ներգաղթյալներին կանխիկ դրամական աջակցության ծրագրի համար)

(ՊԵՏԵ Ե ԼՐԱՑԿԻ ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ԵՎ ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ԱՍՈՒՍՆՈՒ/ԿՆՈՋ ԿՈՐՄԻՑ, ԵԹԵ ԿԻՐԱՌԵԼԻ Ե)

ՀՐԱՅԱՆՔՆԵՐ. ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ՀԱՐՑԵՐԻՆ ՁԵՉ ԵՎ ՁԵՐ ԱՍՈՒՍՆՈՒ/ԿՆՈՋ ՀԱՄԱՐ (ԵԹԵ ՄԻԱՍԻՆ ԵՆ ԱՊՐՈՒՄ) ԵՎ ՎԵՐԱԴԱՐՁՆԵԼ ԱՅՆ CAPI ԴԻՄՈՐԴԻՆ/ԱՏԱՑՈՐԻՆ ԿԱՄ ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ ՆԵՐԿԱՑԱՑՈՒՑՉԻՆ:

CAPI Applicant/Recipient Name and Address

Այս հայտարարագրում ձեր կողմից տրամադրված տվյալները վերոնշյալ ոչ-թաղաքացու համար են, որպեսզի որոշվի նրա իրավասությունը Ներգաղթյալներին կանխիկ դրամական աջակցության ծրագրի (Cash Assistance Program for Immigrants, CAPI) համար:

Հնարավոր է, պետք լինեն ապացույցներ՝ այս հարցերի պատասխանները հաստատելու համար: *Ապացույց կցեք, երբ ձևաթուղթը պահանջում է այն:*

1. ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (ՎԱՄՎՈՐ Է՞՞)	ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ
ԱՆՈՒՆ (ԱՌԱՋԻՆ, ՄԻՋԻՆ, ԱՉԳԱՆՈՒՆ)	ՀԵՌԱՆՈՍԱՀԱՄԱՐ ()
ՏԱՆ ՀԱՍՑԵ (ՀԱՄԱՐ, ՓՈՂՈՑ, ԶԱՂԱԶ, ՆԱՀԱՆԳ, ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈՂ)	
ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵ (ԵԹԵ ՏԱՐԲԵՐՎՈՒՄ Ե ՏԱՆ ՀԱՍՑԵԻՑ)	

2. ԱՍՈՒՍՆՈՒ/ԿՆՈՋ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (ԵԹԵ ՄԻԱՍԻՆ ԵՆ ԲՆԱԿԿՈՒՄ) (ՎԱՄՎՈՐ Է՞՞)	ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ
ԱՆՈՒՆ (ԱՌԱՋԻՆ, ՄԻՋԻՆ, ԱՉԳԱՆՈՒՆ)	ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ԱՍՈՒՍԻՆԸ/ԿԻՆԸ ԱՏՈՐԱԳՐԵՒՄ Ե ԱՑԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԿԿԱՑԱԳԻՐԸ: <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ

3. Դուք կամ ձեր ամուսինը/կինը ստանում եք այս աջակցություններից որևէ մեկը՝ Կալիֆորնիայի Աշխատանքի հնարավորություն և պատասխանատվություն երեխաների համար (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKs), Սևնդի կտրոններ կամ Լրացուցիչ ապահովության եկամուտ (Supplemental Security Income, SSI): Եթե այո, ապա լրացրեք ներքևի մասը՝ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ				
ԳՈՐԾԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄ	ԱՑԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿ	ԱՄՍԱԿԱՆ ԳՈՐԽԱՐ	ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ	ՆԱՀԱՆԳ
		\$		
		\$		

4. Դուք կամ ձեր ամուսինը/կինը ունե՞ք որևէ այլ անձիք, որոնց նշում եք կամ կարող եք նշել որպես կախյալներ՝ դաշնային եկամտահարկի նպատակներով: <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ			
ԱՆՁԻ/ԱՆՁԱՆՑ ԱՆՈՒՆ	ԱՉԳԱՅԱԿԱՆ ԿԱՊ	ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	ԱՆՁՆ ԱՊՐՈՒՄ Ե ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ՀԵՏ:
			<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
			<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
			<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
			<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ

ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ (COUNTY USE ONLY)

CASE NAME:

CASE #:

WORKER #:

VERIFIED:

Affidavit of Support on File

USCIS Verification

Other: _____

VERIFIED:

Letter on File

Verbal Communication

Other: _____

IRS Form 1040 Reviewed

Other: _____

4A. Ներկայումս ես տրամադրում եմ ամսական օգնության հետևյալ գումարն այս ձևաթղթի վերևում նշված CAPI դիմորդ(ներ)ին/ստացող(ներ)ին. **ՏՐԱՄԱՐԴՎՈՂ ԱՄՍԱԿԱՆ ԿԱՆԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԶԱՆԱԿ՝** \$ _____ **ԱՅՆ ՈՉ ԿԱՆԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ** (ապաստան, մուտք, փոխադրամիջոց, հազուստ և այլն) **ԽՆՊՐՈՒՄ ԵՆՔ ՆԿԱՐԱԳՐԵՒՄ՝** _____

5. Դուք կամ ձեր ամուսինը/կինը ներկայումս աշխատո՞ւմ եք: ԱՅՈ ՈՉ
 Եթե այո, ապա լրացրե՞ք ներքևի հատվածը: Կցե՞ք աշխատավարձի չեկերի կտրոնները կամ վաստակած գումարի այլ ապացույց:

ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ (COUNTY USE ONLY)

Անուն	Գործատուի անուն	Համախառն աշխատավարձ (նախքան հանումները)	Որքան հաճախ է վճարվում (շաբաթական, ամսական, և այլն)	Կոմիսիոն վճարներ կամ թեյավճարներ

VERIFIED:

Enter Date Viewed		
Wage Stubs	Tax Returns	Other

6. Դուք կամ ձեր ամուսինը/կինը անհատ ձեռներե՞ց եք: ԱՅՈ ՈՉ
 Եթե այո, ապա թվարկե՞ք բիզնես ծախսերն առանձին թերթի վրա ու կցե՞ք եկամտի ու ծախսերի ապացույց կամ տրամադրե՞ք եկամտահարկի մասին ամենավերջին զեկույցը:

7. Դուք կամ ձեր ամուսինը/կինը ստանո՞ւմ եք կամ ակնկալո՞ւմ եք ստանալ այլ տեսակի եկամուտ, ինչպես օրինակ՝ Սոցիալական ապահովության նպաստներ, գործազրկության/հաշմանդամության ապահովագրություն, երեխայի/ամուսնու ապրուստավճար, վետերանների նպաստներ, և այլն: Եթե այո, լրացրե՞ք ներքևի հատվածը և եկամտի ապացույց կցե՞ք: ԱՅՈ ՈՉ

Specify Verification and Date Reviewed:

Անուն	Եկամտի տեսակ	Գումար	Որքան հաճախ է ստացվում

Verification on File:

Yes
 No

8. Եթե պատասխանել եք ոչ երկու հարցերին էլ՝ 5 ու 6, ապա ինչպե՞ս եք ձեզ ապահովում:

9. Դուք կամ ձեր ամուսինը/կինը ունե՞ք հետևյալ ռեսուրսներից ցանկացածը: Եթե այո, բացատրե՞ք ներքևում:

VERIFIED:

Ռեսուրս	Հովանավոր	Ամուսին/կին	Ռեսուրս	Հովանավոր	Ամուսին/կին
Զեկեր կամ դրամ (տանը կամ մեկ այլ տեղ)	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	Նպատակային հիմնադրամներ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
Ծախսային, կուտակային, Վարկային միավորման հաշիվ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	Բաժնետոմսեր, պարտատոմսեր, վկայականներ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
Հայտագրեր, հիպոտեկաներ, ինսամառու վավերագրեր, վաճառքի պայմանագրեր	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	Վյլ (բացատրե՞ք ներքևում)	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ

Enter Date Viewed		
Bank Statements	Certificates	Other

Ռեսուրսի տեսակ	Սեփականատեր	Ընթացիկ արժեք	Վայր (տուն, բանկի հասցե, և այլն)	Հաշվի համար
		\$		
		\$		
		\$		

10. Դուք կամ ձեր ամուսինը/կինը ունե՞ք (կամ գնելու եք) որևէ անշարժ գույք, ինչպես օրինակ՝ տուն, հողամաս, շենք և այլն: Եթե այո, ապա լրացրե՞ք ներքևի հատվածը: ԱՅՈ ՈՉ

Date Records Viewed?

Անուն	Անշարժ գույքի տեսակ	Հասցե/վայր	Որքա՞ն օգտագործվող (տուն, վարձով տուն, և այլն)	Պարտք եղած մնացորդ	Արժեք	Հիպոտեկայի կազմակերպության անվանում
				\$	\$	
				\$	\$	

1. _____
2. _____

11. Դուք կամ ձեր ամուսինը/կինը ունե՞ք, կամ օգտագործո՞ւմ եք, կամ պատրաստվո՞ւմ եք գնել որևէ ինքնաշարժ փոխադրամիջոց, ինչպես օրինակ՝ մեքենա, բեռնատար մեքենա, նավակ, թրեյլեր, վե՛ն, ավտոտնակ, մոտոցիկլետ և այլն: Եթե այո, ապա լրացրե՞ք ներքևի հատվածը: ԱՅՈ ՈՉ

Անուն	Տարի, մակնիշ, մոդել	Պարտք եղած մնացորդ	Արժեք
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

ԿԱՐԱՈՐ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ.

Ձեր կողմից հովանավորած ոչ-քաղաքացին դիմել է կանխիկ դրամական օգնության համար՝ Ներգաղթյալներին կանխիկ դրամական աջակցության ծրագրի (CAPI) ներքո: Եթե դուք աջակցության վկայագիր եք լրացրել, նահանգային կանոնակարգը պահանջում է, որ վարչաշրջանի բարեկեցության բաժինը գնահատի ձեր եկամուտը, ռեսուրսներն ու ունեցվածքը՝ որոշելու համար, եթե ոչ-քաղաքացի դիմորդը կարող է ստանալ նպաստները, թե՛ ոչ: Այս ձևաթուղթը պետք է լրացվի և ստորագրվի ձեր կողմից՝ կեղծ վկայություն տալու համար պատժի ներքո: Եթե բնակվում եք ձեր ամուսնու/կնոջ հետ կամ ձեր ամուսինը/կինը ստորագրել է աջակցության վկայագիրը, ապա հաշվի է առնվելու նույնպես ձեր ամուսնու/կնոջ եկամուտը, ռեսուրսներն ու ունեցվածքը:

Եթե ոչ-քաղաքացու դիմումը CAPI նպաստների համար հաստատվում է, ապա դուք պարտավոր եք վարչաշրջանի/կոնսորցիումի բարեկեցության աշխատողին զեկուցել ձեր եկամտի կամ ռեսուրսների որևէ փոփոխությունների մասին տաս օրվա ընթացքում: Դուք նաև պետք է լրացնեք նոր Հովանավորի՝ փաստերի հայտարարագիր և եկամտի ու ռեսուրսների ապացույց տրամադրեք յուրաքանչյուր վերավճռի ժամանակ: Եթե չանեք դա, ոչ-քաղաքացու CAPI նպաստները կարող են դադարեցվել:

Եթե ոչ-քաղաքացին նպաստներ է ստանում, որոնց նա իրավասու չէ, քանի որ դուք ժամանակին կամ ճիշտ չեք զեկուցել տեղեկությունները, ապա դուք և/կամ ոչ-քաղաքացին, հնարավոր է, պարտավոր լինեք հետ վճարել այս նպաստները:

*ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ

Վարչաշրջանի բարեկեցության բաժինը լիազորված է հավաքել այս ձևաթղթում պարունակվող տվյալները՝ համաձայն Բարեկեցության և հիմնարկությունների կողմից մաս 18940-ի և դաշնային օրենքների, որոնք տնօրինում են Լրացուցիչ ապահովության եկամտի/նահանգային լրացուցիչ վճարման (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment, SSI/SSP) ծրագիրը (42 U.S.C. 1382(f)(3)): Այս տեղեկությունը հարկավոր է, որպեսզի վարչաշրջանի բարեկեցության բաժինը կարողանա որոշել CAPI նպաստների համար դիմող կամ դրանք ստացող անհատի իրավասությունը կամ իրավասության շարունակությունը: Ձեր սոցիալական ապահովության համարի (SSN) տրամադրումը ԿԱՄԱՎՈՐ է: Ձեր SSN-ն օգտագործվելու է որպես իդենտիֆիկատոր՝ գրանցումների պահպանման նպատակներով: Բացի այդ, հնարավոր է, որ ձեր SSN-ն օգտագործվի երրորդ կողմի կամ գործակալության կողմից, որպեսզի նրանք օգնեն վարչաշրջանի բարեկեցության բաժնին հաստատել CAPI վճարումների համար իրավունակությունը:

ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ/ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ԱՍՈՒՍՆՈՒ/ԿՆՈՋ ՎԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ

- Ես հասկանում եմ, որ այս ձևաթղթում տրամադրված տվյալները կարող են ստուգվել տեղային, նահանգային կամ դաշնային գործակալությունների կողմից:
- Ես հասկանում եմ, որ ոչ-քաղաքացու գործը, ներառյալ՝ իմ հայտարարագիրը, կարող են ընտրվել լրացուցիչ վերանայման համար՝ համոզվելու համար, որ ոչ-քաղաքացու իրավասությունը ճիշտ է որոշվել:
- Ես հասկանում եմ, որ վերևում նկարագրված են զեկուցման պահանջները:
- Ես հասկանում եմ, որ ինձանից կարող են պահանջել հետ վճարել որևէ նպաստներ, որոնք գերվճարվել են՝ սխալ կամ մասնակի զեկուցված տեղեկության պատճառով:
- Ես հասկանում եմ, որ հովանավորի եկամուտը և ռեսուրսները հաշվարկելու/հաշվի առնելու ժամկետը սովորաբար տաս տարի է:
- Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների և Կալիֆորնիա նահանգի օրենքների համաձայն կեղծ վկայություն տալու համար պատժի ներքո՝ ես հայտարարում եմ, որ այս փաստերի հայտարարագրում պարունակվող վերոնշյալ տվյալները ճշմարիտ են, ճիշտ և ամբողջական:

ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ՆՇԱՆ՝

ԱՄՍԱԹԻՎ՝

ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ԱՍՈՒՍՆՈՒ/ԿՆՈՋ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ՆՇԱՆ՝ (ԵԹԵ ՄԻԱՍԻՆ ԵՆ ԱՊՐՈՒՄ ԿԱՄ ՆԱ ՍՏՈՐԱԳՐԵԼ Է ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՎԿԱՅԱԳԻՐԸ)

ԱՄՍԱԹԻՎ՝

ՆՇԱՆԻ ՎԿԱՅԻ, ԹԱՐԳԱՆՉԻ ԿԱՄ ՁԵՎԱԹՐԹԵՐԸ ԼՐԱՅՆՈՂ ԱՅԼ ԱՆՁԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝

ԱՄՍԱԹԻՎ՝