

**ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ (IHSS) ԾԱՆՈՒԹՈՒՄ ՏՆԱՅԻՆ ՎԵՐԱԳՆԱԳԱՏՄԱՆ ՀԱՅՑԻ ՄԵԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ՝ ՀԻՄՆՎԱԾ ՊԵՏԱԿԱՆ ՕՐԵՆՔԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ**

ՈՒՄ.

Ծանուցման ամսաթիվ. -----

Գործի համար. -----

IHSS գրասենյակի հասցե. -----

IHSS գրասենյակի հեռախոս. -----

Տնային վերագնահատման վերաբերյալ Ձեր հայցը մերժվել է, հետեվյալ պատճառով՝

20\_\_\_\_ թ.-ի \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /-ին Դուք հայցել էիք վերագնահատում՝ հիմնված պետական օրենքի փոփոխման վրա, համաձայն որի բոլոր IHSS ծառայությունն ստացողների լիազորված ծառայության ժամաքանակը պետք է կրճատվի \_\_\_\_\_ տոկոսով: Ձեր IHSS ծառայությունների անհրաժեշտությունը չի փոփոխվել: Սահմանված է եղել, որ Ձեր ֆիզիկական կամ մտավոր վիճակի մեջ որեվիցե փոփոխություն չի նկատվել, ինչպես նաեվ փոփոխություն չի եղել Ձեր կենսապայմանների մեջ:

Ձեր Պետական լսման իրավունքները ներառված են սույն հաղորդագրության մեջ:

ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

1. Դուք իրավունք ունեք շրջանային դատարանին նիստ գումարելու հայց ներկայացնել այս որոշման մասին խոսելու համար: Նիստի ժամանակ Ձեզ համար կարող էք խոսել Դուք, կամ մեկ ուրիշը (փաստաբան, բարեկամ, ընկեր կամ այլ անձ):
2. Անկախ այն բանից, Դուք նիստ հրավիրելու հայց ներկայացնում եք, թե ոչ, Դուք նաև իրավունք ունեք լուսնաբերի հայց ներկայացնել, եթե համաձայն չեք շրջանային դատարանի որևէ որոշման հետ: **Դուք ունեք ընդամենը 90 օր լուսնաբերի հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը հաշվարկվում է այն օրվանից, երբ շրջանային դատարանից ստանում եք առձեռն փոխանցված կամ փոստով ուղարկված այս ծանուցումը:**
3. Եթե Դուք լուսնաբերի հայցը ներկայացնում եք նախքան Տնային Խնամակալի Ծառայությունների (ՏԽԾ) տրամադրման մասին որոշման ուժի մեջ մտնելը, ապա այդ ծառայությունները շարունակվում են մատուցվել մինչև լուսնաբերի կայանալը: Եթե Ձեր պահանջը ներկայացնեք ազնվորեն, Դուք պարտավոր չեք լինի հետ վճարել լուսնաբերի ձգձգման համար մատուցվող ծառայությունների դիմաց Ձեզ վճարվող գումարը, անգամ եթե լուսնաբերում հաստատվում է, որ շրջանային դատարանի որոշումը ճիշտ է եղել:
4. Լուսնաբերի հայցը կարող էք ներկայացնել անձամբ կամ գրավոր: Դուք պետք է ասեք, որ ցանկանում եք լուսնաբեր հրավիրել և նշեք այդ ցանկության պատճառ(ներ):
5. Լուսնաբերի հայցը կարող էք ներկայացնել ինքնուրույն կամ կարող եք դիմել դատարանին աջակցության համար: Ամեն դեպքում Դուք պետք է հնարավորինս շուտ տեղեկացնեք Ձեր սոց.աշխատակցին այդ մասին:
6. Լուսնաբերի ժամանակ Ձեզ համար կարող էք խոսել Դուք կամ մեկ ուրիշը (փաստաբան, բարեկամ, ընկեր կամ այլ անձ): Ձեզ կարող է տրամադրվել անվճար փաստաբանական ծառայություն փաստաբանական խորհրդատուի Ձեր տարածքային գրասենյակում կամ սոցապահովության իրավունքների գրասենյակում: Անվճար փաստաբանական ծառայության համար զանգահարեք այս էջում նշված անվճար հեռախոսահամարով:
7. Եթե չեք ցանկանում լուսնաբերին մենակ մասնակցել, կարող եք Ձեզ հետ բերել բարեկամի, ընկերոջ կամ մեկ այլ անձի:
8. Լուսնաբերի ընթացակարգին կարող եք ծանոթանալ ՏԽԾ-ի Ձեր տարածքային գրասենյակում:
9. Ինֆորմացիայի հավաքման և օգտագործման կարգը: Լուսնաբերի հայց ներկայացնելու համար Ձեր տրամադրած ինֆորմացիան անհրաժեշտ է Ձեր պահանջն օրենքի համաձայն ձևակերպելու համար: Լուսնաբերի համար բացվում է գործի թղթապանակ, և Դուք իրավունք ունեք ծանոթանալու այդ թղթապանակի պարունակությանը: Ձեր տրամադրած ցանկացած ինֆորմացիա կարող է տրամադրվել շրջանային դատարանին կամ ԱՄՆ Առողջապահության և Սոցապ նախարարությանը:

ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՅՑ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼԸ:

- Լրացրեք այս էջը:
- Պատճենեք այս թերթի երկու էջերը Ձեր փաստաթղթերում պահելու համար: Ձեր սոց.աշխատակցից կարող եք խնդրել պատճենել այս էջը:
- Այն ուղարկեք հետևյալ հասցեով:

California Department of Social Services  
 State Hearings Division  
 P.O. Box 944243, Mail Station 8-16-50  
 Sacramento, CA 94244-2430

- կամ զանգահարեք հետևյալ անվճար հեռախոսահամարով՝ : 1-800-952-5253, իսկ խուլ ու համր անձիք, ովքեր օգտագործում են լսողական սարքեր՝ կարող են զանգահարել 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով:

ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՅՑ

Ես ցանկանում եմ լուսնաբերի հայց ներկայացնել, քանի որ համաձայն չեմ ինձ տրամադրվող սոցապ ծառայությունների վերաբերյալ շրջանային դատարանի որոշման հետ: Պատճառը հետևյալն է.

---



---



---



---

- Եթե Ձեզ գրելու լրացուցիչ տեղ է անհրաժեշտ, նշեք վանդակում և էջ ավելացրեք:
  - Ինձ անհրաժեշտ է պետության կողմից տրամադրվող անվճար թարգմանիչ (լուսնաբերի ժամանակ բարեկամը կամ ընկերը չեն կարող թարգմանել Ձեզ համար):
- Իմ լեզուն կամ բարբառն է. \_\_\_\_\_

ՆՇԵՆ ԱՅՆ ԱՆՁԻՆ, ՈՒՄ ՍՈՑԱԿ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԵՐՎԵԼ, ՓՈՓՈԽՎԵԼ, ԿԱՄ ԴՄԱՐԵՑՎԵԼ ԵՆ

ՇՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ		ՄՆԱԿՑԱԼ ԱՍՄԱԹԻՎ
ՀԱՍՑԵ՝ ՓՈՂՈՑ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԿ	ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԻՆԴԵՔՍ (ZIP)
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ		ԱՍՄԱԹԻՎ
ԱՅՑ ՁԵՎԱԹՈՒԴՈՒՄԸ ԼՐԱՑՄԱՑ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆ		TELEPHONE NUMBER

- Ես ցանկանում եմ, որ ստորև նշված անձը ներկայացնի ինձ լուսնաբերի ժամանակ: Ես թույլ եմ տալիս, որ այս անձը ծանոթանա իմ փաստաթղթերին և/կամ իմ փոխարեն մասնակցի լուսնաբերին (այդ անձը կարող է լինել բարեկամ կամ ընկեր, բայց նա չի կարող թարգմանել Ձեզ համար):

ԱՆՈՒՆ		ՇՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՀԱՍՑԵ՝ ՓՈՂՈՑ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԿ	ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԻՆԴԵՔՍ (ZIP)