

ՎԱՐՉԱՑՐՁԱՆ

**CALFRESH ԳԵՐՏՎՉՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԴԱՐՁԻ
ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱԿԱՆ
ՄԽԱԼՆԵՐԻ (AE) ՀԱՄԱՐ**

Ծանուցագրի թվական :	_____
Գործի Անունը :	_____
Համարը Աշխատողի Անունը :	_____
Համարը :	_____
Հեռախոս :	_____
Հասցե :	_____

(ADDRESSEE)

Հարցեր: Տվեք ձեր աշխատողին:

Նահանգային Լսում՝ Դուք կարող եք լսում պահանջել, եթե գտնում եք, որ գործողությունը սխալ է: Այս էջի հետևի կողմը ձեզ կասի ինչպես դիմել լսումի: Ձեր նպատակները չեն կարող փոխվել եթե լսումի համար դիմեք գործողությունը տեղի ունենալուց առաջ:

2ափից ավելի CalFresh նպաստներ են տրվել՝

- ընտանիքին
- ընտանիքին, որին հովանավորել եք:

Ահավաստի թե ինչու՝

Չտեղեկագրված շահված եկամուտը չի որակավորվում 20%-ի համարի համար:

Դուք պետք է վճարեք հավելյալ սենդղադրույթի նպաստների պարտքը: Ընտանիքը ստացել է \$ _____ -ի CalFresh նպաստներ: Ընտանիքը ստացած պետք է լինի \$ _____ -ի CalFresh նպաստներ: \$ _____ (հավելյալ CalFresh նպաստներ) եք ստացել, դրանից հանած այն՝ ինչ ստացած պետք է լինի: \$ _____ -ի հավելյալ սենդղադրույթի նպաստներ են տրվել այս շրջանի համար _____: Այս գումարը նվազեցվել է \$ _____ -ով, քանի որ ստացել ենք պարտական գումարի մի մասի վճարումը: Այժմ պարտական եք \$ _____:

Տեսեք ինչպես ենք պատկերացրել ձեր ստացած հավելյալ գումարը այն աշխատաթերթի վրա, որը եկել է այս ծանուցագրի հետ:

- Դուք պարտավոր չեք օգտագործել ձեր ստացած որևէ SSI նպաստ այս գերտրվածի պարտքը վճարելու համար:

LOMELI V. SANEZ

- Դաշնակցային օրենքները մեզանից պահանջում են ունենալ մի օրենք՝ ներելու ձեր պահանջի ցանկացած մաս, եթե վստահ լինենք, որ անկարող եք պահանջվածը վճարել: Մենք կներենք միայն պահանջի մի մասը, որտեղ վարչաշրջանն է սխալ գործել: Քանի որ վարչաշրջանն է սխալ գործել, մենք վերևի գումարը կգանձենք նվազեցնելով ձեր ամսական հատկացումը 5%-ով կամ \$10-ով, որը որ ավելի շատ լինի, մինչև ընդամենը 36 ամիս: Այդ շրջանի վերջում, գերտրվածից մնացած որևէ մնացորդ գումար կներվի և չի գանձվի:
- Գանձումը կկատարվի ընտանիքի բոլոր այն չափահասներից՝ որոնց ժամանակ էր գերտրվածությունը կատարվել:

ԳՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ԿԱՄ՝

Հավելյալ CalFresh նպաստների համար վճարեք լրիվ, կամ լրացնեք, ստորագրեք և փոստով ուղարկեք ներփակ Պարտքի Վճարման Համաձայնագրի (DFA 377.7E1) ձևը և վճարեք ըստ համաձայնվածի:

Զգուշացում՝ Եթե գտնում եք, որ այս գերտրվածությունը սխալ է, սա ձեր վերջին առիթն է լսում խնդրելու: Այս էջի հետևի կողմը ձեզ կասի ինչպես: Եթե շարունակեք CalFresh ստանալ, վարչաշրջանը գերտրվածը կգանձի նվազեցնելով ձեր ամսական CalFresh նպաստները: Եթե CalFresh-ը դադարեցնեք գերտրվածը վերադարձնելուց առաջ, վարչաշրջանը ձեր պարտական գումարը կառնի ձեր նահանգային/դաշնակցային եկամտահարկի վերամիջոցավորումից:

ԾՐԱԳՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- Պարտքի վճարման ձեր համաձայնագիրը կհիմնվի վարչաշրջանի պատկերացմամբ ձեր ընթացիկ վճարելու կարողության վրա: Վճարելու ձեր կարողության որևէ փոփոխություն կարող է փոխել ձեր ամսական վճարները:
- Եթե համաձայնագիրը ստորագրած և վերադարձրած չլինեք այս ծանուցագիրը ստանալուց մինչև 30 օր հետո, ձեր ստացած CalFresh նպաստները կնվազեցվեն _____ % -ով սկսած _____ թվականից:
- Եթե պարտքը չվճարեք, վարչաշրջանը կարող է պարտական գումարը գանձելու համար դիմել այլ միջոցների, ինչպես՝ դատարան, որից գանձումի գործակալությունների եղանակի կամ դաշնակցային կառավարության կողմից գանձումի գործողության:
- Եթե հետագային պարզվի, որ այս վարչական Սխալը Ծրագրի Միտումնավոր Խախտում է, պատիժներ կսահմանվեն, անգամ եթե համաձայնվեք վճարել ձեր պարտքը:
- Եթե պահանջը ժամկետանցվի կամ ընտանիքը դատի տրվի, դուք կենթարկվեք լրացուցիչ գործընթացային գանձումների և դատարանի ծախսերի:
- Եթե պարտական գումարը չվճարեք, վարչաշրջանը կարող է առնել ձեր նահանգային/դաշնակցային եկամտահարկի վերամիջոցավորումը և/կամ դատարանից խնդրել, որ կալանք դնի ձեր աշխատավարձի կամ ձեզ պատկանող որևէ ստացվածքի վրա:

ՎԱՐԳԵՐ՝ Այս կարգերն են կիրառելի: MPP 63-801.22, 63-801.43, 63-801.7, Lomeli v. Saenz and Duarte v. Saenz:

Սրանք կարող եք քննել ձեր վեբ-էջի գրասենյակում:

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ

Դուք իրավունք ունեք դատաքննություն պահանջելու, եթե համաձայն չեք տարածաշրջանի որևէ որոշման հետ: Դուք ընդամենը 90 օր ունեք դատաքննություն պահանջելու համար: 90 օրը սկսվում է տարածաշրջանի կողմից այս ծանուցումը Ձեզ տալու կամ ուղարկելու հաջորդ օրվանից: Եթե Դուք հարգելի պատճառ ունեք, թե ինչու ի վիճակի չեք եղել դիմել դատաքննության համար 90 օրվա ընթացքում, ապա դեռ կկարողանաք դիմել դատաքննության համար: Եթե հարգելի պատճառ ներկայացնեք, դատաքննությունը կարող է նշանակվել:

Եթե դատաքննության պահանջեր մինչև Cash Aid-ի, Medi-Cal-ի, CalFresh-ի (Ուտելիքի կտրոն), կամ Child Care-ի որոշման ուժի մեջ մտնելը,

- Ձեր Cash Aid-ը կամ Medi-Cal-ը նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը:
- Ձեր Child Care ծառայությունները նույնը կմնան քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը:
- Ձեր CalFresh-ը (Ուտելիքի կտրոն) նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը կամ Ձեր արտոնագրման ժամանակաշրջանի վերջը՝ կախված այն բանից, թե որը ավելի շուտ տեղի կունենա:

Եթե դատաքննության վճիռ որոշի, որ մենք ճիշտ էինք, Դուք մեզ պարտք կլինեք Ձեր ունեցած լրացուցիչ Cash Aid-ը, CalFresh (Ուտելիքի կտրոն) կամ Child Care ծառայությունը: Որպեսզի մեզ թույլ տաք նվազեցնել կամ դադարեցնել Ձեր նպաստները մինչև դատաքննությունը, նշեք հետևյալը՝

Այո, նվազեցրեք կամ դադարեցրեք. Cash Aid-ը CalFresh-ը (Ուտելիքի կտրոն) Child Care-ը

Քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննության վճիռին՝

Welfare to Work-ի համար

Կարող եք չմասնակցել գործունեություններին: Կարող եք երեխայի խնամքի վճարումներ ստանալ աշխատանքի և այնպիսի գործունեությունների համար, որոնք տարածաշրջանի կողմից հաստատվել էին մինչև այս ծանուցումը:

Եթե մենք Ձեզ հայտնել էինք, որ Ձեր այլ օժանդակող սպասարկումների վճարումները կդադարեն, Դուք այլևս վճարումներ չեք ստանա, նույնիսկ եթե հաճախեք Ձեր գործունեություններին:

Եթե մենք Ձեզ հայտնել էինք, որ կվճարենք Ձեր այլ օժանդակող սպասարկումների համար, նրանք կվճարվեն այն գումարով և այն կարգով, որ մենք Ձեզ հայտնել ենք այս ծանուցման մեջ:

- Այս օժանդակող սպասարկումները ստանալու համար պետք է հաճախեք այն գործունեություններին, որ տարածաշրջանը Ձեզ ասել էր, որ հաճախեք:
- Եթե տարածաշրջանի վճարած օժանդակող սպասարկումների գումարը դատաքննության Ձեր սպասման ընթացքում չի բավարարում, որ Դուք մասնակցեք, ապա կարող եք դադարել գործունեությանը հաճախել:

Cal-Learn-ի համար

- Դուք չեք կարող մասնակցել Cal-Learn ծրագրին, եթե մենք Ձեզ հայտնել ենք, որ չենք կարող Ձեզ սպասարկել:
- Մենք միայն կվճարենք Cal-Learn-ի հաստատված գործունեության օժանդակող սպասարկումների համար:

ԱՅԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Medi-Cal ղեկավարված խնամքի ծրագրի անդամներ. Այս ծանուցման որոշումը կարող է Ձեզ կանխել Ձեր ղեկավարված խնամքի առողջապահական ծրագրից սպասարկումներ ստանալուն: Ձեզ թերևս հարկավոր լինի կապվել Ձեր առողջապահական ծրագրի անդամության ծառայության հետ, եթե հարցեր ունեք:

Երեխայի և/կամ բժշկական օժանդակություն. Երեխաների օժանդակության տեղական գործակալությունը անվճար կարգով կօգնի օգնություն ստանալ, նույնիսկ եթե Դուք կանխիկ փողի օգնություն չեք ստանում: Եթե նրանք այժմ օգնություն են Ձեզ համար ստանում, նրանք դա կշարունակեն մինչև որ Դուք նրանց գրավոր կերպով տեղեկացնեք, որ դադարեն: Եթե նրանք Ձեզ կողարկեն ներկայումս հավաքած օգնության գումարը, բայց կպահեն այն գումարը, որ պարտք եք տարածաշրջանին:

Ընտանիքի պլանավորում. Ձեր սոցապահովության գրասենյակը Ձեզ տեղեկություններ կտրամադրի, թե երբ Դուք այն խնդրեք:

Դատաքննության նշոց. Եթե Դուք դատաքննություն պահանջեք, Նահանգի դատաքննության գրասենյակը նշոց կստեղծի: Դուք իրավունք ունեք նշոցը տեսնել մինչև դատաքննությունը և Ձեր գործի վերաբերյալ տարածաշրջանի գրավոր դիրքորոշման օրինակը ստանալ անմիջապես երկու օր մինչև դատաքննությունը: Նահանգը կհանձնի դատաքննության Ձեր նշոցը Սոցապահովության բաժնին և ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների և Գյուղատնտեսության բաժնիներին: **(W&I օրենքի հատված 10850 և 10950):**

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՁԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

- **Լրացրեք այս էջը:**
- Պատճենահանեք այս էջի առջևի և հակառակ կողմերը Ձեզ մոտ պահելու համար:
- Եթե խնդրեք, Ձեր գործի ղեկավարը կտա Ձեզ այս էջի օրինակը:
- **Փաթեթն ուղարկեք կամ տարեք.**

ԿԱՍ

- **Զանգահարեք անվճար հեռախոսահամարով՝ 1-800-952-5253 կամ լսողության կամ խոսալու դժվարություններ ունեցողները, ովքեր գործածում են TDD՝ 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով:**

Օգնություն ստանալու համար. Ձեր դատաքննության իրավունքների կամ իրավական աջակցություն ստանալու համար կարող եք դիմել վերոհիշյալ անվճար հեռախոսահամարներով: Դուք կարող եք անվճար իրավական աջակցություն ստանալ Ձեր տեղական իրավական աջակցության կամ սոցապահովության իրավունքների գրասենյակից:

Եթե դատաքննությանը մենակ չեք ուզում գնալ, կարող եք մի ընկերոջ կամ որևէ մեկին բերել Ձեզ հետ:

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴՐԱՆՔ

Ես դատաքննություն են ցանկանում _____ տարածաշրջանի Սոցապահովության բաժնի որոշման պատճառով, որը վերաբերվում է իմ

Cash Aid-ին CalFresh-ին (Ուտելիքի կտրոն) Medi-Cal-ին Այլ (թվարկեք) _____

ԱՀԱ, ԹԵ ԻՆՉՈՒ _____

- Եթե լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, նշեք այստեղ և էջ ավելացրեք:**
- Ինձ հարկավոր է, որ նահանգը ինձ անվճար թարգմանիչ տրամադրի: (Ազգականը կամ ընկերը չեն կարող թարգմանել Ձեզ համար դատաքննության ժամանակ):

Իմ լեզուն կամ բարբառն է. _____

ՄՅՆ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՒՄՆԴԱՍՏԸ ՄԵՐԺԿԵԼ Ե ԿԱՄ ԴՆԱՐԵՑԿԵԼ	
ՇՆՆՅԱՆ ԹԻՎ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅԵ	
ՔՄՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՄԱԹԻՎ
ՄՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒԴԹԸ ԼՐԱՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ

Ես ցանկանում եմ, որ ներքևում նշված անձը ներկայացնի ինձ այս դատաքննությանը: Ես թույլտվություն եմ տալիս այս անձին տեսնել իմ գրանցումները կամ իմ համար գնալ դատաքննության: (Այս անձը կարող է ընկեր կամ ազգական լինել, բայց չի կարող թարգմանել Ձեզ համար:)

ԱՆՈՒՆ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅԵ	
ՔՄՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ