ԿԱՆԽԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ, ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆՆԵՐ ԵՎ/ԿԱՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ/ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ (CMSP)

ԿԱՆԽԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ, ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆՆԵՐԻ ԵՎ/ԿԱՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ/ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ դիմելու համար լրացրեք կից դիմումի 1-13 կետերը և ստորագրեք Վավերացման բաժինը (կետ 19): Լրացված դիմումի ձևը ներկայացրեք սոցիալական ապահովության գրասենյակ: Եթե Դուք չեք կարող ինքնուրույն լրացնել այս դիմումի ձևը և օգնության կարիք ունեք՝ դիմեք շրջանի համապատասխան բաժին:

Նախքան ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ, ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆ ԿԱՄ MEDI-CAL/ՊԵՏԱԿԱՆ CMSP, ԱՅԴ ԹՎՈՒՄ ՆԱԵՎ ԱՆՀԱՊԱՂ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ, ԱՆԱՊԱՍՏԱՆՈՒԹՅԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆԻ ՀՐԱՏԱՊ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆ ստանալը Ձեր գրավոր փաստարկում Դուք պետք է մեզ տրամադրեք բոլոր պահանջվող տվյալները և/կամ հարցերին պատասխանեք հարցազրույցին, որի նպատակն է ստուգել Ձեր իրավասությունը նշված աջակցության համար: Ձեր տվյալները մենք օգտագործում ենք Ձեր իրավասությունը և նպաստների չափը հաշվարկելու համար:

ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆՆԵՐ ստանալու համար Դուք պետք է Ձեր մատնահետքերը թողնեք և լուսանկարվեք: Շրջանի համապատասխան բաժինը կտեղեկացնի Ձեզ, թե երբ Դուք պետք է ներկայանաք մատնահետքերը թողնելու և լուսանկարվելու համար:

ԱՆՀԱՊԱՂ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ԱՆԱՊԱՍՏԱՆՈՒԹՅԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ստանալու համար Դուք պետք է իրավասու լինեք դրամական աջակցության համար: Լրացրեք կից ներկայացված ձևը և ներկայացրեք բոլոր պահանջվող տվյալները: Դուք պետք է որոշակի կանոններ պահպանեք. օրինակ, տրամադրեք Ձեր սոցիալական ապահովության համարը (համարները), որպեսզի եկամուտը հասանելի դառնա Ձեզ, և պետք է համաձայնեք համագործակցել երեխաների աջակցության տեղական գործակալության հետ՝ մանկական, ամուսնական և բժշկական աջակցության նպատակով:

ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆ ստանալու համար դիմումի ձևը պետք է լրացնի և ստորագրի ընտանիքի մեծահասակ անդամը կամ լիազոր ներկայացուցիչը: Սուտ վկայություն տալու դեպքում ստորագրող անձը կպատժվի: Եթե Դուք ընտանիքի մեծահասակ անդամ չեք, ապա ընտանիքի գլխավոր անդամը կամ այլ անդամը պետք է գրավոր լրազորի Ձեզ, որպեսզի Դուք կարողանաք ընտանիքի անունից դիմել, ընտանիքի համար նախատեսված պարենային կտրոնը ստանալ և/կամ պարենային կտրոնները օգտագործել ընտանիքի համար սնունդ գնելու նպատակով:

ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆՆԵՐ ուժի մեջ մտնելու օրը:

Եթե Դուք իրավասու եք պարենային կտրոն ստանալու համար, ապա մենք կհաշվարկենք Ձեր նպաստները դիմումը ներկայացնելու օրվանից սկսած: Պարենային կտրոն ստանալու համար Դուք կարող եք դիմել սոցիալական ապահովության գրասենյակ դիմելու նույն օրը:

ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԱՆՀԱՊԱՂ ԿԱՐԻՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Եթե Դուք անհապաղ (շտապ) կարիքներ ունեք, ապա կարող եք ստանալ մինչև 200 ԱՄՆ դոլար աջակցություն այն ընթացքում, երբ մենք դեռ վերանայում ենք Ձեր ներկայացրած դիմումը: Դուք պետք է մեզ տեղեկացնենք Ձեր անհապաղ կարիքների մասին և պետք է ապացուցեք, որ եկամուտ կամ գումարներ չունեք այդ անհապաղ կարիքները հոգալու համար: Այդ կարիքներն են.

- Անօթևանություն կամ սննդամթերքի անապահովություն
- Վտարման մասին ծանուցում
- Կոմունալ ծառայությունների բացակայություն կամ վերջիններիս սպասարկումը դադարեցնելու մասին ծանուցում
- Հագուստի անհրաժեշտություն
- Անհապաղ տրանսպորտային կարիքներ
- Այլ անհապաղ կարիքներ, որոնք անհրաժեշտ են առողջապահության և անվտանգության համար:

Եթե Ձեր խնդրանքը անհապաղ աջակցություն ստանալու մասին մերժվում է, Դուք կարող եք կրկին դիմել այն ընթացքում, երբ մենք ուսումնասիրում ենք Ձեր ներկայացրած դիմումի ձևը: Սոցիալական ծառայությունների համապատասխան բաժնին տեղեկացրեք բոլոր փոփոխությունների մասին, որոնք տեղի են ունենում այդ ընթացքում:

ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԱՆԱՊԱՍՏԱՆՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ

Եթե Դուք անօթևան եք և ցանկանում եք դիմել անապաստանության համար օժանդակություն ստանալու համար, տեղեկացրեք այդ մասին սոցիալական ծառայությունների համապատասխան մարմնին: Անապաստանության համար ցուցաբերվող աջակցություն կարելի է ստանալ կյանքում մեկ անգամ:

CalWORKs ԽՈՏՈՐՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Այս աջակցությունը կարող է օգնել այն դիմողներին, որոնք օժանդակության կարիք ունեն, սակայն չեն ցանկանում կամ անհրաժեշտություն չեն զգում դիմելու սոցիալական ապահովության համար: Այս ծառայությունը հնարավորություն է տալիս աջակցության փոխարեն միանվագ կանխիկ գումար կամ ոչ դրամական ծառայություններ ստանալ: Դուք կարող եք ընտրել աջակցության այս տարբերակը միայն դրամական օժանդակության դիմելու դեպքում: Միաժամանակ այս աջակցությունից օգտվելու իրավասություն ունենալու դեպքում կարող եք օգտվել նաև բժշկական աջակցությունից, երեխաների խնամքից և պարենային կտրոններից:

Ձեր կողմից ներկայացված փաստերն ուսումնասիրելուց հետո շրջանի համապատասխան մարմինը տեղյակ կպահի Ձեզ, թե արդյոք Դուք իրավասու եք այս ծառայությունից օգտվելու համար: Եթե իրավասու եք և ընտրում եք կանխիկ դրամական վճարումների կամ ոչ դրամական ծառայություններից օգտվելու տարբերակը, ապա

- Դուք ծանուցում կստանաք դրամական աջակցությունից մերժվելու մասին;
- Ձեր դրամական աջակցությունը կարող է նվազեցվել կամ եթե Դուք ավելի ուշ դիմեք աջակցության համար, ապա դրամական աջակցություն ստանալու ժամկետը կարող է կրճատվել:

ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆՆԵՐԻ ԴԻՄՈՒՄ

Դուք պետք է դիմումը ներկայացնելու օրը մեզ հայտնեք Ձեր անունը և հասցեն, տեղեկացնեք, որ ցանկանում եք պարենային կտրոն ստանալ (կետ 8) և ստորագրեք դիմումը (կետ 19): Նախքան Ձեր իրավասության մասին պատասխան ստանալը, Ձեր գրավոր փաստարկում Դուք պետք է մեզ տրամադրեք բոլոր պահանջվող տվյալները և/կամ հարցերին պատասխանեք հարցազրույցի ժամանակ, որի նպատակն է ստուգել Ձեր իրավասությունը: Ձեր իրավասության մասին Ձեզ կտեղեկացվի դիմելուց հետո 30 օրվա ընթացքում:

ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆՆԵՐԻ ՀՐԱՏԱՊ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

Դուք իրավունք ունեք պարենային կտրոններ ստանալ երեք օրվա ընթացքում: Ձեր ընտանիքը պետք է իրավասու լինի Պարենային կտրոնների ծրագրին մասնակցելու համար **ԵՎ ՊԵՏՔ է ՈՒՆԵՆԱ**.

- Վարձակալման կամ գրավի և կոմունալ ծառայությունների գումարները, որոնք ավելի են, քան Ձեր դյուրիրացնելի միջոցները և տվյալ ամսվա եկամուտը **(տես եկամուտի և դյուրիրացնելի միջոցների սահմանումները հաջորդ էջում)**,

ԿԱՄ

- Ոչ ավելի, քան 100 ԱՄՆ դոլար արժեքով դյուրիրացնելի միջոցներ և ամսական 150 ԱՄՆ դոլարից պակաս եկամուտ նախքան նվազեցումները,

ԿԱՄ

- Ոչ ավելի, քան 100 ԱՄՆ դոլար արժեքով դյուրիրացնելի միջոցներ և առնվազն մեկ ընտանիքի անդամ, որը գաղթական է կամ սեզոնային հողագործ:

Նախքան եռօրյա ժամկետում պարենային կտրոն ստանալը **լրացրեք կից դիմումի ձևի 1-17 կետերը**, տրամադրեք բոլոր պահանջվող տվյալները և հաստատեք Ձեր ինքնությունը:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՀԱՎԱՆԱԿԱՆ ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՀՂԻ ԿԱՆԱՆՑ ՀԱՄԱՐ (PE)

Եթե Դուք հղի եք, ապա կարող եք ստանալ ժամանակավոր բժշկական աջակցություն, որը հնարավորություն կտա Ձեզ օգտվել հատուկ բժիշկների կողմից ցուցաբերվող նախածննդյան տարբեր տեսակի խնամքի ծառայություններից մինչև կանոնավոր Բժշկական աջակցության դիմելը: Հարցրեք Ձեր բժշկին կամ հիվանդանոցի աշխատակիցներին, թե արդյոք նրանք ունեն PE ծառայություններ: Եթե Դուք դիմում եք CalWORKs-ի կամ բժշկական աջակցության համար PE ստանալուց հետո հաջորդ ամսվա վերջում, ապա Ձեր ժամանակավոր բժշկական աջակցությունը կշարունակվի մինչև աջակցության հաստատումը կամ մերժումը: Եթե Դուք ստանում եք PE, ապա տեղյակ պահեք այդ մասին համապատասխան մարմնին և կետ 12-ի երկու մասում նշում կատարեք «այո» վանդակում:

MEDI-CAL - ԲԺՇԿԱԿԱՆ/ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՆՀԱՊԱՂ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե Դուք անհապաղ բժշկական օգնության կարիք ունեք կամ հղի եք և ցանկանում եք հնարավորինս շուտ բժշկական օգնություն (Medi-Cal)/CMSP ստանալ, ապա լրացրեք 1-13 կետերը: Դուք պետք է տրամադրեք նաև բոլոր այն փաստերը, որոնք մենք հարցնում ենք իրավասությունը ստուգելու նպատակով անցկացվող հարցազրույցի ժամանակ, և պետք է համապատասխանեք բոլոր պահանջներին:

Ի՞ՆՉ է ՆՇԱՆԱԿՈՒՄ.

- **CalWORKs.** Կալիֆորնիայում երեխաների աշխատանքային հնարավորությունների և պատասխանատվության ծրագիր:
- **Դրամական աջակցություն.** Աջակցություն CalWORKs-ից և/կամ Փախստականների դրամական աջակցության (RCA) ծրագրից:
- **Խոտորման ծառայություններ.** Միանվագ դրամական վճարում կամ ոչ դրամական ծառայությունների մատուցում դրամական աջակցության դիմելու փոխարեն:
- **Պարենային կտրոններ.** Ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքներին ցուցաբերվող աջակցություն՝ սննդամթերք գնելու համար:
- **Պարենային կտրոնների հրատապ ծառայություններ.** Պարենային կտրոնների տրամադրում 3 օրվա ընթացքում:
- **Medi-Cal.** Բժշկական կարևոր նպաստներ իրավասու անձանց համար:
- **Medi-Cal հավանական իրավասություն (PE).** Հատուկ բժիշկների կամ հիվանդանոցների կողմից ժամանակավոր Medi-Cal տրամադրում նախածննդյան խնամքի ցուցաբերման միջոցով:
- **Պետական բժշկական ծառայությունների ծրագիր (CMSP).** Բժշկական աջակցության ցուցաբերում իրավասու մեծահասակների, որոնք ընդգրկված չեն Medi-Cal-ում և ապրում են գյուղային շրջաններում:
- **Սահմանափակ Medi-Cal.** Բժշկական աջակցություն միայն անհապաղ կարիքների և հղիության դեպքում:
- **Սահմանափակ պետական բժշկական ծառայությունների ծրագիր (CMSP).** Անհապաղ կարիքների դեպքում ցուցաբերվող խնամք:
- **Լիազոր ներկայացուցիչ.** Պարենային կտրոնի և/կամ Medi-Cal-ի համար դիմողի կամ այն ստացողի կողմից լիազորված անձ, որը կարող է հոգալ դիմողի/ստացողի գործերը:
- **Ընտանիքի գլխավոր անդամ**. Ընտանիքում պարենային կտրոնի համար պատասխանատու անձ:
- **Եկամուտ.** Ստացված կամ ակնկալվող գումար, ինչպես օրինակ.
  - Վաստակ, սոցիալական ապահովություն, երեխային/ամուսնական աջակցություն, Լրացուցիչ ապահովության եկամուտ/Պետական լրացուցիչ ծրագիր (SSI/SSP) կամ Ներգաղթյալների դրամական օժանդակության ծրագիր (CAPI);
  - Գործազրկության ապահովագրություն (UIB), Անաշխատունակության պետական ապահովագրություն (SDI), Աջակցություն վետերաններին (VA) կամ այլ հաշմանդամության վճարներ;
  - Գործադուլի նպաստներ, կենվորների և պանսիոներների վճարներ, դպրոցական դրամաշնորհներ և վարկեր;
  - Դրամական նպաստներ, դրամական պարգևներ, ցանկացած այլ դրամական վճարներ:
- **Դյուրիրացնելի միջոցներ.** Եկամուտից բացի այլ դրամական միջոցներ, օրինակ.
  - Կանխիկ գումար, անկանխիկ չեկեր, գումար բանկային հաշիվներում, խնայողության հաշիվներ կամ խնայողության վկայագրեր;
  - Խնամագրեր, ստացականներ, արժեթղթեր կամ պարտատոմսեր և այլն;
- **Կոմունալ ծառայություններ.** գազ, էլեկտրաէներգիա, ջեռուցում, վառելիք, հեռախոսակապ (հիմնական դրույքաչափ), կոմունալ ծառայությունների տեղակայում, աղբահանում, ջրամատակարարում, կոյուղի և այլն:
- **Դուք, որևէ մեկը, բոլորը.** Ձեր բնակարանում ապրող ցանկացած և բոլոր անձինք:

ԱՅԼ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- Դուք կարող եք դիմել դրամական աջակցության, պարենային կտրոնների և Medi-Cal-ի համար միաժամանակ և ունենալ ընդամենը մեկ հարցազրույց:
- Դուք իրավունք ունեք այս դիմումի ձևը լրացնել ինքներդ կամ խնդրել որևէ մեկին, որպեսզի Ձեզ օգնի:
- **ԳԵՐԱՎՃԱՐՆԵՐ** նշանակում է, որ Դուք ավելի շատ դրամական աջակցություն եք ստանում, քան պետք է ստանայիք: Դուք պետք է այն հետ վճարեք, եթե նույնիսկ շրջանի համապատասխան մարմինը սխալվել է այն վճարելիս: Ձեր դրամական աջակցությունը կամ պարենային կտրոնները կարող են կրճատվել կամ դադարեցվել: Ձեր Medi-Cal/CMSP-ը կարող է փոփոխության ենթարկվել:
- **ԿԵՂԾԻՔ ԵՎ ՍՈՒՏ.** Կեղծիքը և սուտը հանցագործություններ են: Օրենքով սահմանված է, որ դրամական աջակցություն, պարենային կտրոններ և Medi-Cal/ պետական CMSP ստանալու համար դիմումի բոլոր ձևերում Դուք ստորագրում եք սուտ վկայություն տալու դեպքում պատժվելու համար: Սուտ նշանակում է, որ Դուք ստել եք այն ժամանակ, երբ երդվել եք ասել ճշմարտությունը և լրացրել եք փաստերը: Եթե Դուք ստում եք փաստերի առնչությամբ կամ միտումնավոր կերպով չեք տրամադրում մեզ բոլոր փաստերը կամ իրավիճակները, որոնք ազդեցություն են գործում Ձեր իրավասության և աջակցության վճարման մակարդակների վրա, ապա Դուք կարող եք մեղադրվել կեղծ վկայություն տալու համար:
- **Եթե Ձեզ մեղավոր են ճանաչել սուտ վկայություն տալու համար, ապա Դուք կարող եք տուգանվել 10,000 ԱՄՆ դոլարի չափով դրամական աջակցության համար և 250,000 ԱՄՆ դոլարի չափով պարենային կտրոնների համար և/կամ 3 տարով բանտարկվել/ազատազրկվել դրամական աջակցության համար և 20 տարով՝ պարենային կտրոնների համար: Դրամական աջակցությունը և/կամ պարենային կտրոնները կարող են դադարեցվել 6 ամսով, 12 ամսով, 2 տարով, 4 տարով, 5 տարով, 10 տարով, 20 տարով կամ ընդմիշտ, իսկ Փախստականների դրամական աջակցության դեպքում՝ 3 ամսով և 6 ամսով:**
- **ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԻՆ (SSN) ՎԵՐԱԲԵՐՈՂ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ.** Մենք կարող ենք համակարգչի միջոցով համեմատել սոցիալական անվտանգության համարները հարկային, աշխատանքի ընդունման, սոցիալական ապահովության գրասենյակի և այլ գործակալությունների տվյալների հետ, որպեսզի վստահ լինենք, որ Դուք տրամադրում եք Ձեր եկամուտին և ֆինանսական միջոցներին վերաբերող բոլոր տվյալները: Մենք կարող ենք առկա տարբերությունները ստուգել գործատուների, բանկերի և/կամ այլոց հետ: Մենք համեմատում ենք նաև SSN-երը, որպեսզի վստահ լինենք, որ Դուք մեկ անգամից ավելի կամ այլ նահանգից ու բաժնից չեք ստանում աջակցություն: Իսկ ինչ վերաբերում է դրամական աջակցությանը կամ պարենային կտրոններին, ապա ստուգումը կատարվում է իրավապահ մարմինների հետ՝ նպատակ ունենալով հավաստիանալ, որ Դուք ձերբակալված չեք:

  Դրամական աջակցություն և պարենային կտրոններ. Դրամական աջակցության և/կամ պարենային կտրոնի համար յուրաքանչյուր դիմողի/ստացողի համար Դուք պետք է ներկայացնեք SSN: Եթե Դուք հրաժարվում եք մեզ SSN կամ դրա համար դիմումի ապացույց տրամադրել, ապա Դուք չեք կարող ստանալ դրամական աջակցություն կամ պարենային կտրոններ: Դրամական աջակցության համար Դուք պետք է մեզ ներկայացնեք Ձեր SSN-ը կամ SSN-ի համար ներկայացված դիմումը 30 օրվա ընթացքում, իսկ SSN-ը տրամադրեք համապատասխան մարմնին՝ այն ստանալուց հետո:

  Medi-Cal/Պետական բժշկական ծառայությունների ծրագիր (CMSP). Medi-Cal/Պետական CMSP յուրաքանչյուր դիմող, որն ունի SSN, պետք է այն ներկայացնի շրջանի համապատասխան մարմնին: Ցանկացած ԱՄՆ քաղաքացի, ԱՄՆ բնակիչ, ամնիստիտ, վավեր կամ գործող I-688 համաձայն, ոչ քաղաքացի, սակայն ԱՄՆ-ում օրինական մշտական բնակության թույլտվությամբ (LPR), կամ ոչ քաղաքացի, որը մշտական բնակվում է ԱՄՆ-ում PRUCOL-ի համաձայն, որը հրաժարվում է տրամադրել SSN, չի կարող ստանալ Medi-Cal/Պետական CMSP: Ցանկացած ոչ քաղաքացի, որը չունի SSN և որը վավեր կամ գործող I-688 համաձայն ամնիստիտ կամ LPR կամ PRUCOL չէ, կարող է ստանալ սահմանափակ Medi-Cal/Պետական CMSP, եթե նա համապատասխանում է իրավասության բոլոր կանոններին և բնակվում է Կալիֆորնիա նահանգում:

ԲՈՂՈՔՆԵՐ

Եթե Դուք կարծում եք, որ Ձեր <u>հանդեպ խտրականություն է ցուցաբերվել</u>, ապա դիմեք Ձեր նահանգի քաղաքացիական իրավունքների ներկայացուցչությունը կամ գրեք հետևյալ հասցեով.
State Civil Rights Bureau
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430
կամ զանգահարեք (916) 654-2107
թույլ լսողությամբ անձանց համար 1 - (916) 654-2098

<u>Այլ բողոքների համար</u> նախ դիմեք Ձեր տարածքային մարմնին: Եթե Դուք և Ձեր տարածքային մարմինը համաձայնության չեք գալիս, ապա գրեք կամ զանգահարեք.
Public Inquiry and Response (PIAR)
744 P Street, M.S. 16-23
Sacramento, CA 95814
Հեռախոս 1 - (800) 952-5253
թույլ լսողությամբ անձանց համար 1 - (800) 952-8349

ՊԵՏԱԿԱՆ ԼՍՈՒՄՆԵՐ

Դուք պետք է լսում խնդրեք 90 օրվա ընթացքում և պետք է նշեք, թե ինչու եք պահանջում այդ լսումը: Դուք կարող եք պետական լսում խնդրել՝ դիմելով Ձեր տեղական սոցիալական ապահովության գրասենյակ կամ զանգահարելով PIAR վերը նշված համարներից որևէ մեկով, եթե Դուք՝

- Ձեք համաձայնում տարածքային մարմնի կողմից ձեռնարկված որևէ գործողության հետ կամ
- Պետական լսում եք պահանջում դրամական աջակցություն, պարենային կտրոններ, Medi-Cal ստանալու համար կամ
- Կարծում եք, որ չեք ստանում համապատասխան Պետական CMSP ծառայություն:

Պետական CMSP իրավասությանը վերաբերող բոլոր խնդիրները բողոքարկելու համար Դուք կարող եք դիմել միայն Ձեր տարածքային մարմնին:

ԴԻՄՈՒՄ ԿԱՆԽԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ, ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆՆԵՐԻ ԵՎ/ԿԱՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ/ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ (CMSP) ՀԱՄԱՐ

Նախքան այս դիմումի ձևը լրացնելը, ուշադիր կարդացեք տիտղոսաթերթը:
Եթե պատասխանների համար ավելի շատ տարածություն է պահանջվում, օգտագործեք այս թերթի ետևի մասը:

1. ԴԻՄՈՐԴԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԱՆՈՒՆ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՎԱՆ ՍԿԶԲՆԱՏԱՌ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)

2. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ (SSN)

3. ՕՐԻՈՐԴԱԿԱՆ ԿԱՄ ԱՅԼ ԱՆՈՒՆ (ԵԹԵ ԱՅԴՊԻՍԻՆ ԿԱ)

2A. ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎԸ (ԱՄԻՍ, ԱՄՍԱԹԻՎ, ՏԱՐԵԹԻՎ)

4. ՏԱՆ ՀԱՍՑԵ ԹԻՎ ՓՈՂՈՑ

5. ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵ (ԵԹԵ ՏԱՐԲԵՐՎՈՒՄ Է ՏԱՆ ՀԱՍՑԵԻՑ)

ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ

6. ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ(ՆԵՐ) ՏՆԱՅԻՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

7. Ձեր տան հասցեն մշտակա՞ն է: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ ☐ ՏՈՒՆ ՉՈՒՆԵՄ
Եթե մշտական չէ, ապա բացատրեք:

8. Որևէ մեկը դիմո՞ւմ է ստորև նշված աջակցության ծրագրերից որևիցե մեկին.

Կանխիկ դրամական աջակցություն	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ	Պարենային կտրոններ	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ
Medi-Cal	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ	Պետական CSMP	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ
Այլ ծրագրերի	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ	Եթե «ԱՅՈ», ապա նշեք ծրագրերը		

9. Որևէ մեկը երբևիցե դիմել կամ ստացե՞լ է օգնություն կամ նպաստ, այդ թվում Medi-Cal/Պետական CSMP/Medicaid կամ այլ տեսակի դրամական օգնություն, կամ ոչ դրամական ծառայություն ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԱՆՈՒՆՆԵՐ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ ՍՏԱՑՄԱՆ ԱՄՍԱԹՎԵՐԸ
ՍՏԱՑՄԱՆ ՎԱՅՐԸ(ՇՐՋԱՆ/ՆԱՀԱՆԳ/ԵՐԿԻՐ)

10. Օրենքն ասում է, որ մենք պետք է գրանցենք Ձեր էթնիկական խումբը, ռասան և լեզուն: Այս տեղեկությունները ոչ մի կերպ չեն անդրադառնա Ձեր իրավասության վրա:

A. էթնիկական խումբ ☐ Սպիտակամորթ ☐ Լատինաամերիկացի ☐ Սևամորթ ☐ Ֆիլիպինցի ☐ Գուամանցի
☐ Հնդիկ ☐ Բնիկ ալասկացի ☐ Հնդկացի
☐ Լաո ☐ Քմեր ☐ Ճապոնացի ☐ Կորեացի ☐ Չինացի ☐ Սամոացի
☐ Վիետնամցի ☐ Հավայացի ☐ Այլ ասիական կամ Խաղաղ Օվկիանոսի կղզիների բնակիչ: Նշեք. _____

B. Լեզու ☐ Անգլերեն ☐ Կանտոներեն ☐ Լաոսերեն ☐ Տագալերեն ☐ Ամերիկյան նշանների լեզու
☐ Իսպաներեն ☐ Քմեր ☐ Վիետնամերեն ☐ Ռուսերեն ☐ ԱՅԼ (Նշեք) _____

11. Որևէ մեկը գաղթակա՞ն է կամ սեզոնային հողագործ: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

12. Որևէ մեկը հղի՞ է: ԱՅՈ ՈՉ Եթե «ԱՅՈ», ստացե՞լ է նա արցյոք հավանական իրավասության քարտ: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

13. Որևէ մեկն ունի անհապաղ կարիքներ: Եթե «ԱՅՈ», նշեք տեսակը. ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
☐ Անհապաղ բժշկական կարիք ☐ Հղիություն ☐ Բռնություն երեխայի հանդեպ ☐ Ընտանեկան բռնություն
☐ Բռնություն մեծահասակի հանդեպ ☐ Այլ հրատապ իրադրություն, որը սպառնում է առողջությանն ու անվտանգությանը:
Նշեք.

ԵԹԵ ԴԻՄՈՒՄ ԵՔ ԿԱՆԽԻԿ ԵՎ ԱՆՀԱՊԱՂ ԿԱՐԻՔԻ ՎՃԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱՐ.....ԼՐԱՑՐԵՔ 14-18 ԿԵՏԵՐԸ
ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆՆԵՐԻ ՀՐԱՏԱՊ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ.....ԼՐԱՑՐԵՔ 14-17 ԿԵՏԵՐԸ

14. Որքա՞ն դյուրիրացնելի միջոցներ ունեք բոլորդ, ներառյալ երեխաներին:
☐ Կանխիկ, անկանխիկ չեկեր կամ դրամային օրդերներ $_____
☐ Խնայողության կամ վարկային հաշիվներ $_____
☐ Խնամագրեր, ստացականներ, արժեթղթեր կամ պարտատոմսեր $_____
☐ Այլ (նշեք). $_____

15. Որքա՞ն եկամուտ եք ստացել կամ ստանալու բոլորդ, ներառյալ երեխաներին, այս ամիս:

Ամսաթիվ	Գումար	Ամսաթիվ	Գումար
_____	$_____	_____	$_____
_____	$_____	_____	$_____

16. Որքա՞ն է Ձեր այս ամսվա տան վարձը կամ գրավի դիմաց վճարվելիք գումարը:
$_____

17. Որքա՞ն են Ձեր այս ամսվա կոմունալ ծախսերը, որոնք ընդգրկված չեն տան վարձի մեջ: $_____

	ԱՅՈ	ՈՉ
18. Դո՞ւք ստացել եք վտարման մասին զգուշացում:		
Ձեր կոմունալ ծառայությունները կասեցրե՞լ են կամ ստացե՞լ եք կասեցման մասին զգուշացում:		
Ձեր սննդամթերքի պաշարը երեք օրից կամ ավելի շուտ վերջանալո՞ւ է:		
Դուք ունե՞ք առաջին անհրաժեշտության հագուստի կարիք, օրինակ՝ մանկական սրբիչների կամ ցուրտ եղանակի համար անհրաժեշտ հագուստի:		
Դուք փոխադրման կարիք ունե՞ք մասնավորապես սննդամթերքի, հագուստի, բժշկական օգնության կամ այլ առաջին անհրաժեշտության պարագաներ հայթայթելու համար:		

☐ Ես հաստատում եմ, որ ստացել եմ տիտղոսաթերթի օրինակ. Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ ենթարկվել իրավասության կանոններին, որոնցից մի քանիսը կպահանջվեն նախքան օգնություն ստանալը: Ես հասկանում եմ, որ սույն ձևում իմ կողմից նշված փաստերը կարող են ստուգվել:

☐ Ես հաստատում եմ, որ եթե դիմել եմ Պարենային կտրոնների ծրագրին, շրջանի համապատասխան մարմինը տեղեկացրել է ինձ հրատապ ծառայության մասին:

☐ **Գիտակցելով, որ համաձայն ԱՄՆ և Կալիֆորնիա նահանգի օրենքների՝ սուտ վկայություն տալու դեպքում ենթակա եմ պատժամիջոցների, ես հայտարարում եմ, որ իմ կողմից տրամադրված տվյալները ստույգ են և ճշգրիտ:**

19. ԴԻՄՈՐԴԻ ԿԱՄ ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (ԿԱՄ ՆՇԱՆ) | ՍՏՈՐԱԳՐՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ

ՎԿԱՅԻ ԿԱՄ ԹԱՐԳՄԱՆՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ | ՍՏՈՐԱԳՐՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ

COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

DATE RECEIVED

TYPE OF APPLICATION:
CA: ☐ CA ☐ RCA
FS: ☐ Initial ☐ Recert ☐ Rest
MC: ☐ **CMSP:** ☐

Homeless:
FS: ☐ YES ☐ NO
CA: ☐ YES ☐ NO ☐ CW 42

☐ Pickle Screening

Ethnic Group:

Race:

Primary Language:

CA I.N.
☐ Denied/NOA prep
☐ Approved
☐ Expedited Grant
☐ Applicant requested CWD to complete SAWS 1
(_____)
(Initials)

FS E.S.
☐ E.S. questions not completed
☐ Screened for E.S. Date_____
(_____)
(Initials)

FS Referral for:
☐ E.S. Processing
☐ Regular Processing

☐ CWD records cleared
☐ MEDS CDB cleared
☐ IEVS initiated

☐ Copy of SAWS 1 and coversheet given to applicant

TRANSITIONING CASE NUMBER

COUNTY OF APPLICATION

COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)