ՓԱՍՏԵՐ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ, ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆՆԵՐԻ ԵՎ MEDI-CAL/ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳՐԻ (CMSP) ՀԱՄԱՐ

- Լրացրեք այն հարցերի դիմաց, որտեղ նշված է այն աջակցությունը, որը Դուք հայցում եք: Լրացրեք թանաքով: Յուրաքանչյուր հարցի ձախ կողմում նշված տառակապակցությունները հուշում են, թե աջակցության որ ծրագրերին է վերաբերում տվյալ հարցը: Այսպես, CA նշանակում է Դրամական աջակցություն, FS՝ Պարենային կտրոններ, իսկ MS՝ Medi-Cal/Պետական CMSP:
- Ներկայացրեք ցանկացած ապացույցներ (օրինակ՝ հաշիվներ, ստացականներ և այլ փաստաթղթեր)՝ Ձեր պատասխանները հիմնավորելու համար: Ձեզ աջակցող աշխատակցին հայտնեք, եթե այս ձևերը լրացնելիս հարցեր ունենաք: Եթե պատասխանների համար ավելի շատ տարածություն է անհրաժեշտ, ապա կցեք նոր թերթ:
- Եթե Դուք դիմում եք պարենային կտրոնների համար, սակայն ընտանիքի մեծահասակ անդամ չեք, ապա դիմումին կցեք ընտանիքի գլխավոր անդամի կամ այլ մեծահասակ անդամի կողմից ստորագրված գրավոր լիազորագիր:

COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER DATE RCD

☐ New ☐ Restoration
☐ Redetermine ☐ Recertification
☐ Residency Verified
☐ FS ID
☐ FS Aged/Disabled Verified
☐ MC ID
☐ MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

CA FS MC **(1) A. Դիմողի, կամ աջակցության համար դիմող երեխայի (երեխաների) խնամակալի տվյալները.**

ԱՆՈՒՆ | ՏԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ ( )

ՏԱՆ ՀԱՍՑԵ (ԹԻՎ, ՓՈՂՈՑ) | ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵՆ (ԵԹԵ ՏԱՐԲԵՐՎՈՒՄ Է ՏԱՆ ՀԱՍՑԵՑԻՑ) | ՏԵՐԵԿԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ ( )

ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ | ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ

FS **B. Դուք անապաստա՞ն եք:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Եթե «ԱՅՈ». Դուք ժամանակավորապես բնակվում եք ուրիշի տա՞նը:
Եթե «ԱՅՈ». Նշեք ամսաթիվը, երբ տեղափոխվեցիք այդ տունը: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

(2) Ընտանիքում ապրող յուրաքանչյուր ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ համար լրացրեք բոլոր տվյալները:

CA FS MC **(A)** ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ԱՆՈՒՆ Ը (ԱՆՈՒՆ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ) | ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ (✔) ☐ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ԱԶԳԱԲՆԱԿԻՉ ☐ ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՂ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԱԶԳԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ԴԻՄՈՂԻ ՀԵՏ ԿԱՄ ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԿԱՊԸ ԵՐԵԽԱՅԻ(ՆԵՐԻ) ՀԵՏ | ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ (ԱՄԻՍ, ԱՄՍԱԹԻՎ, ՏԱՐԻ) | ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (SSN)

ՍԵՌ (✔) ☐ Ա ☐ Ի | ԿՈՒՅՐ, ԽՈՒԼ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ | ՀՂԻ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ | ԾՆՆԴԱՎԱՅՐ ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԵՐԿԻՐ

ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ (✔) ☐ Դրամակ. աջակց. ☐ Պարենային կտրոններ ☐ Ոչ մեկը ☐ Medi-Cal ☐ Պետական CMSP

ԱՄՈՒՍՆԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (✔) ☐ Ամուսնացած ☐ Ամուրի ☐ Բաժանված ☐ Ամուսնալուծվաց ☐ Քղաքացիական ամուսնություն ☐ Այրի

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

CA FS MC **(B)** ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ԱՆՈՒՆ Ը (ԱՆՈՒՆ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ) | ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ (✔) ☐ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ԱԶԳԱԲՆԱԿԻՉ ☐ ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՂ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԱԶԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ԴԻՄՈՂԻ ՀԵՏ ԿԱՄ ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԿԱՊԸ ԵՐԵԽԱՅԻ(ՆԵՐԻ) ՀԵՏ | ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ (ԱՄԻՍ, ԱՄՍԱԹԻՎ, ՏԱՐԻ) | ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (SSN)

ՍԵՌ (✔) ☐ Ա ☐ Ի | ԿՈՒՅՐ, ԽՈՒԼ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ | ՀՂԻ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ | ԾՆՆԴԱՎԱՅՐ ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԵՐԿԻՐ

ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ (✔) ☐ Դրամակ. աջակց. ☐ Պարենային կտրոններ ☐ Ոչ մեկը ☐ Medi-Cal ☐ Պետական CMSP

ԱՄՈՒՍՆԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (✔) ☐ Ամուսնացած ☐ Ամուրի ☐ Բաժանված ☐ Ամուսնալուծվաց ☐ Քղաքացիական ամուսնություն ☐ Այրի

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

CA FS MC **(C)** ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ԱՆՈՒՆ Ը (ԱՆՈՒՆ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ) | ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ (✔) ☐ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ԱԶԳԱԲՆԱԿԻՉ ☐ ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՂ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԱԶԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ԴԻՄՈՂԻ ՀԵՏ ԿԱՄ ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԿԱՊԸ ԵՐԵԽԱՅԻ(ՆԵՐԻ) ՀԵՏ | ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ (ԱՄԻՍ, ԱՄՍԱԹԻՎ, ՏԱՐԻ) | ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (SSN)

ՍԵՌ (✔) ☐ Ա ☐ Ի | ԿՈՒՅՐ, ԽՈՒԼ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ | ՀՂԻ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ | ԾՆՆԴԱՎԱՅՐ ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԵՐԿԻՐ

ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ (✔) ☐ Դրամակ. աջակց. ☐ Պարենային կտրոններ ☐ Ոչ մեկը ☐ Medi-Cal ☐ Պետական CMSP

ԱՄՈՒՍՆԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (✔) ☐ Ամուսնացած ☐ Ամուրի ☐ Բաժանված ☐ Ամուսնալուծվաց ☐ Քղաքացիական ամուսնություն ☐ Այրի

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

COUNTY USE ONLY

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)

1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)
3. Roomer (must be listed in 13) (.211)
4. Live-in attendant (.212)
5. Other shared living quarters (.213)
6. Ineligible alien (.221)
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)
8. SSN disqualified (.222)
9. IPV disqualified (.223)
10. Workfare sanctioned (.225)
11. SSI/SSP recipient (.226)
12. Ineligible student (.227)
13. Work req. disqualified (.228)
14. Questionable Citizenship (300.51(b))
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)
18. Drug felon (.229)

FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)

a. Under 16/60 or older
a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time
b. Mentally/physically unfit for work
c. Mandatory participant in Welfare to Work activities
d. Cares for child under 6 or incapacitated person
e. Applicant for/recipient of UIB
f. Participant in drug/alcohol program
g. 30 hour week/min. x 30
h. 1/2 time student in school, training or higher education.

FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)

1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21
2. Under 18/50 or older (.321)
3. Pregnant (.322)
4. Adult living in HH with dep. child (.323)
5. Lives in ABAWD exempt area (.33)

WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)

Age under 16 (.41)
School Attendance (.42)
Age 60 or older (.43)
Disability (.44)
NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
Care of another ill or incap member of the household (.46)
Care of child:
- Age 6 months or under (or as allowed under countyÍs CalWORKs plan) (.471)
- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)

Pregnancy (.48)
VISTA-full or part time volunteer (.49)

3 Ընտանիքում ապրող, ընտանիքից կարճ ժամանակով բացակայող կամ ընտանիքի խնամառուն հանդիսացող յուրաքանչյուր ԵՐԵԽԱՅԻ համար լրացրեք բոլոր փաստերը: Եթե Դուք հղի եք, ապա նշեք նաև չծնված երեխայի տվյալները և հավանական ծննդաբերության ամսաթիվը:

COUNTY USE ONLY

CA FS MC (A) ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԱՆՈՒՆ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)

ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (✔)
☐ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ԱԶԳԱԲՆԱԿԻՉ
☐ ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ. ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՂ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵՐԵԽԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԻ, ՈՐՈՎՀԵՏԵՎ ԾՆՈՂԸ (ՆՇԵՔ ՍՏՈՐԵՎ) (✔)
ՄԱՀԱՑԱԾ Է | ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ (ԱՆԱՇԽԱՏՈՒՆԱԿ) Է | ԲԱՑԱԿԱՅՈՒՄ Է ԸՆՏԱՆԻՔԻՑ | ԳՈՐԾԱԶՈՒՐԿ Է

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (SSN)

ՍԵՌ (✔) ☐ Ա ☐ Ի

ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ (ՆՇԵՔ ՆԱԵՎ ՉԾՆՎԱԾ ԵՐԵԽԱՅԻ ԾՆՆԴՅԱՆ ՀԱՎԱՆԱԿԱՆ ԹԻՎԸ) (ամիս, ամսաթիվ, տարեթիվ)

ԵՐԵԽԱՅԻ ՏԱՐԻՔԸ

ԾՆՆԴԱՎԱՅՐ (ՔԱՂԱՔ/ՆԱՀԱՆԳ/ԵՐԿԻՐ)

ՀՂԻ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԸ ԺԱՄԱՆԱԿԻ՞Ն ԵՆ ԱՐՎԵԼ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԿՈՒՅՐ Է, ԽՈՒԼ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵՐԵԽԱՆ ՑՈՒՑԱԿԱԳՐՎԵ՞Լ Է ԴՊՐՈՑ (✔) ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵԹԵ ԱՅՈ, ՆՇԵՔ ԴՊՐՈՑԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ

ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ ☐ Դրամական աջակցություն ☐ Պարենային կտրոններ ☐ Medi-Cal ☐ Ոչ մեկը

ՄՈՐ ԱՆՈՒՆԸ

ԱԶԳԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ԴԻՄՈՂԻ ԿԱՄ ԵՐԵԽԱՅԻ ԽՆԱՄԱԿԱԼ ԲԱՐԵԿԱՄԻ ՀԵՏ

ԵՐԵԽԱՆ ԱՅԺՄ ՁԵՐ ՏԱ՞ՆՆ Է ԲՆԱԿՎՈՒՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ՀՈՐ ԱՆՈՒՆԸ

COUNTY USE ONLY:
AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐YES ☐NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.
Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS
Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (B) ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԱՆՈՒՆ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)

ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (✔)
☐ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ԱԶԳԱԲՆԱԿԻՉ
☐ ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ. ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՂ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵՐԵԽԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԻ, ՈՐՈՎՀԵՏԵՎ ԾՆՈՂԸ (ՆՇԵՔ ՍՏՈՐԵՎ) (✔)
ՄԱՀԱՑԱԾ Է | ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ (ԱՆԱՇԽԱՏՈՒՆԱԿ) Է | ԲԱՑԱԿԱՅՈՒՄ Է ԸՆՏԱՆԻՔԻՑ | ԳՈՐԾԱԶՈՒՐԿ Է

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (SSN)

ՍԵՌ (✔) ☐ Ա ☐ Ի

ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ (ՆՇԵՔ ՆԱԵՎ ՉԾՆՎԱԾ ԵՐԵԽԱՅԻ ԾՆՆԴՅԱՆ ՀԱՎԱՆԱԿԱՆ ԹԻՎԸ) (ամիս, ամսաթիվ, տարեթիվ)

ԵՐԵԽԱՅԻ ՏԱՐԻՔԸ

ԾՆՆԴԱՎԱՅՐ (ՔԱՂԱՔ/ՆԱՀԱՆԳ/ԵՐԿԻՐ)

ՀՂԻ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԸ ԺԱՄԱՆԱԿԻ՞Ն ԵՆ ԱՐՎԵԼ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԿՈՒՅՐ Է, ԽՈՒԼ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵՐԵԽԱՆ ՑՈՒՑԱԿԱԳՐՎԵ՞Լ Է ԴՊՐՈՑ (✔) ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵԹԵ ԱՅՈ, ՆՇԵՔ ԴՊՐՈՑԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ

ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ ☐ Դրամական աջակցություն ☐ Պարենային կտրոններ ☐ Medi-Cal ☐ Ոչ մեկը

ՄՈՐ ԱՆՈՒՆԸ

ԱԶԳԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ԴԻՄՈՂԻ ԿԱՄ ԵՐԵԽԱՅԻ ԽՆԱՄԱԿԱԼ ԲԱՐԵԿԱՄԻ ՀԵՏ

ԵՐԵԽԱՆ ԱՅԺՄ ՁԵՐ ՏԱ՞ՆՆ Է ԲՆԱԿՎՈՒՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ՀՈՐ ԱՆՈՒՆԸ

COUNTY USE ONLY:
AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐YES ☐NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.
Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS
Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (C) ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԱՆՈՒՆ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)

ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (✔)
☐ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ԱԶԳԱԲՆԱԿԻՉ
☐ ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ. ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՂ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵՐԵԽԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԻ, ՈՐՈՎՀԵՏԵՎ ԾՆՈՂԸ (ՆՇԵՔ ՍՏՈՐԵՎ) (✔)
ՄԱՀԱՑԱԾ Է | ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ (ԱՆԱՇԽԱՏՈՒՆԱԿ) Է | ԲԱՑԱԿԱՅՈՒՄ Է ԸՆՏԱՆԻՔԻՑ | ԳՈՐԾԱԶՈՒՐԿ Է

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (SSN)

ՍԵՌ (✔) ☐ Ա ☐ Ի

ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ (ՆՇԵՔ ՆԱԵՎ ՉԾՆՎԱԾ ԵՐԵԽԱՅԻ ԾՆՆԴՅԱՆ ՀԱՎԱՆԱԿԱՆ ԹԻՎԸ) (ամիս, ամսաթիվ, տարեթիվ)

ԵՐԵԽԱՅԻ ՏԱՐԻՔԸ

ԾՆՆԴԱՎԱՅՐ (ՔԱՂԱՔ/ՆԱՀԱՆԳ/ԵՐԿԻՐ)

ՀՂԻ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԸ ԺԱՄԱՆԱԿԻ՞Ն ԵՆ ԱՐՎԵԼ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԿՈՒՅՐ Է, ԽՈՒԼ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵՐԵԽԱՆ ՑՈՒՑԱԿԱԳՐՎԵ՞Լ Է ԴՊՐՈՑ (✔) ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵԹԵ ԱՅՈ, ՆՇԵՔ ԴՊՐՈՑԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ

ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ ☐ Դրամական աջակցություն ☐ Պարենային կտրոններ ☐ Medi-Cal ☐ Ոչ մեկը

ՄՈՐ ԱՆՈՒՆԸ

ԱԶԳԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ԴԻՄՈՂԻ ԿԱՄ ԵՐԵԽԱՅԻ ԽՆԱՄԱԿԱԼ ԲԱՐԵԿԱՄԻ ՀԵՏ

ԵՐԵԽԱՆ ԱՅԺՄ ՁԵՐ ՏԱ՞ՆՆ Է ԲՆԱԿՎՈՒՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ՀՈՐ ԱՆՈՒՆԸ

COUNTY USE ONLY:
AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐YES ☐NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.
Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS
Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (D) ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԱՆՈՒՆ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)

ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ (✔)
☐ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ/ԱԶԳԱԲՆԱԿԻՉ
☐ ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻ. ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՂ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵՐԵԽԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԻ, ՈՐՈՎՀԵՏԵՎ ԾՆՈՂԸ (ՆՇԵՔ ՍՏՈՐԵՎ) (✔)
ՄԱՀԱՑԱԾ Է | ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ (ԱՆԱՇԽԱՏՈՒՆԱԿ) Է | ԲԱՑԱԿԱՅՈՒՄ Է ԸՆՏԱՆԻՔԻՑ | ԳՈՐԾԱԶՈՒՐԿ Է

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ (SSN)

ՍԵՌ (✔) ☐ Ա ☐ Ի

ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎԸ (ՆՇԵՔ ՆԱԵՎ ՉԾՆՎԱԾ ԵՐԵԽԱՅԻ ԾՆՆԴՅԱՆ ՀԱՎԱՆԱԿԱՆ ԹԻՎԸ) (ամիս, օր, տարի)

ԵՐԵԽԱՅԻ ՏԱՐԻՔԸ

ԾՆՆԴԱՎԱՅՐԸ (ՔԱՂԱՔ/ՆԱՀԱՆԳ/ԵՐԿԻՐ)

ՀՂԻ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԸ ԺԱՄԱՆԱԿԻ՞Ն ԵՆ ԱՐՎԵԼ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԿՈՒՅՐ Է, ԽՈՒԼ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵՐԵԽԱՆ ՑՈՒՑԱԿԱԳՐՎԵ՞Լ Է ԴՊՐՈՑ (✔) ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԵԹԵ ԱՅՈ, ՆՇԵՔ ԴՊՐՈՑԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ

ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ ☐ Դրամական աջակցություն ☐ Պարենային կտրոններ ☐ Medi-Cal ☐ Ոչ մեկը

ՄՈՐ ԱՆՈՒՆԸ

ԱԶԳԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ԴԻՄՈՂԻ ԿԱՄ ԵՐԵԽԱՅԻ ԽՆԱՄԱԿԱԼ ԲԱՐԵԿԱՄԻ ՀԵՏ

ԵՐԵԽԱՆ ԱՅԺՄ ՁԵՐ ՏԱ՞ՆՆ Է ԲՆԱԿՎՈՒՄ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ՀՈՐ ԱՆՈՒՆԸ

COUNTY USE ONLY:
AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐YES ☐NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.
Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS
Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
☐ Immunization ☐ School Attendance

COUNTY USE ONLY

☐ Verif. on File
☐ MC 13

CA (4) **Նշեք այն երեխաների ծնողներին (այդ թվում չծնված երեխաների), որոնք չեն բնակվում Ձեզ հետ նույն տանը:**

ԾՆՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՁԵԶ ՀԵՏ ՆՈՒՅՆ ՏԱՆԸ ՉԲՆԱԿՎԵԼՈՒ ՊԱՏՃԱՌԸ

CA FS (5) **Որևէ մեկը վերջին 12 ամիսների ընթացքում փոխե՞լ է քաղաքացիության/ներգաղթի կարգավիճակը:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ, լրացրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	Ի՞ՆՉՆ Է ՓՈԽՎԵԼ	ԱՄՍԱԹԻՎ	ՕՏԱՐԵՐԿՐԱՅՈՒ ՀԱՄԱՐԸ (ԵԹԵ ԱՌԿԱ Է)

CA FS (6) **A. Ձեր ընտանիքում բնակվո՞ւմ է խնամառու երեխա:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», նշեք անունը:

FS **B. Դուք ցանկանո՞ւմ եք, որպեսզի խնամառու երեխան (երեխաները) և խնամառուի խնամքի եկամուտը հաշվարկվեն Պարենային կտրոնների գործի վրա:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

☐ CA and FC Elig/CR Chooses:
Child: ☐ CA ☐ FC
CR: ☐ CA ☐ None
☐ Kin-GAP

CA FS (7) **Ընտանիքում որևէ մեկն ունի կամ ունեցել է այլ անուն (օրիորդական, որդեգրված և այլն.):** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ, լրացրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	ԱՅԼ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՆՈՒՆ(ՆԵՐ)
ԱՆՈՒՆ	ԱՅԼ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՆՈՒՆ(ՆԵՐ)

Calif. Resident: ☐ YES ☐ NO

		ԱՅՈ	ՈՉ
CA MC (8)	**A. Ընտանիքի բոլոր անդամները բնակվում են Կալիֆո՞րնիայում:** Եթե «ՈՉ», բացատրեք.		
CA	**B. Ընտանիքի բոլոր անդամները մտադիր են մշտապե՞ս բնակվել Կալիֆորնիայում:**		
CA	**C. Որևէ մեկն ունի՞, վարձակալում է կամ պահում Կալիֆորնիայից դուրս գտնվող տուն:**		
CA MC	**D. Ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը ներկայումս պետական աջակցություն ստանու՞մ է Կալիֆորնիայից դուրս:** Եթե «ԱՅՈ», բացատրեք ստորև.		
CA	**E. Ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը մտադի՞ր է մեկնել Կալիֆորնիայից ավելի քան 30 օրով:**		

☐ Property

☐ PA

MC (9) **Դուք 18-21 տարեկան ե՞ք և խնամառուի կարգավիճակ ունեք եկամտահարկին առնչվող նպատակներով:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», նշեք անունը.

☐ Tax Dependent Letter Sent
☐ CA 2.1

CA FS (10) **A. Ընտանիքում որևէ մեկի դրամական աջակցությունը կամ պարենային կտրոնները դադարեցվե՞լ են որակի հսկողության ստուգման ընթացքում չհամագործակցելու, աշխատանքի կամ ուսման հաստատման կամ Պարենային կտրոնների ծրագրի Առանց խնամառուի ամրակազմ մեծահասակների (ABAWD) աշխատանքային պահանջների կամ այլ պատճառներով:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», բացատրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	ԻՆՉՈ՞Ւ	Ե՞ՐԲ	Ո՞Ր ՇՐՋԱՆՈՒՄ/ՆԱՀԱՆԳՈՒՄ

CA FS **B. Ընտանիքում որևէ մեկի դրամական աջակցությունը կամ պարենային կտրոնները դադարեցվե՞լ են ժամանակավորապես կամ ընդմիշտ՝ սուտ վկայությունների կամ Պարենային կտրոնների ծրագրի պայմանների կանխամտածված խախտման հետևանքով:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», բացատրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	ԻՆՉՈ՞Ւ	Ե՞ՐԲ	Ո՞Ր ՇՐՋԱՆՈՒՄ/ՆԱՀԱՆԳՈՒՄ

FS (11) **Ձեզ հետ բնակվող որևէ մեկը ընտանիքի անդամներից առանձի՞ն է գնում և պատրաստում իր սնունդը:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», նշեք անունը.

Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

FS (12) **Ձեզ հետ բնակվող որևէ մեկը, լինելով 60 տարեկան կամ բարձր, ի վիճակի չէ առանձին գնել և պատրաստել իր սնունդը, որովհետև հաշմանդամ (անաշխատունակ) է:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», նշեք անունը.

Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

FS **13** **A. Դուք վճարում եք մեկ ուրիշի սննդի և/կամ ապաստանի/սենյակի համար:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

Ո՞ՒՄ ԵՔ ՎՃԱՐՈՒՄ (ԱՆՈՒՆԸ)	ՆՇԵՔ (✔) ՆՇԱՆՈՎ ☐ Սնունդ ☐ Սենյակ ☐ Սնունդ և սենյակ	ՈՐՔԱՆ $	Ի՞ՆՉ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ	ՕՐԱԿԱՆ ՔԱՆԻ՞ ԱՆԳԱՄ ԵՔ ՃԱՇՈՒՄ

CA FS **B. Որևէ մեկը վճարու՞մ է Ձեր սննդի և/կամ սենյակի համար:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ՎՃԱՐՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՆՇԵՔ (✔) ՆՇԱՆՈՎ ☐ Սնունդ ☐ Սենյակ ☐ Սնունդ և սենյակ	ՈՐՔԱՆ $	Ի՞ՆՉ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ	ՕՐԱԿԱՆ ՔԱՆԻ՞ ԱՆԳԱՄ ԵՔ ՃԱՇՈՒՄ

FS **14** **Որևէ մեկը սնունդ ստանու՞մ է ստորև նշված ծրագրերից:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
- Համայնքային ճաշարան ծերերի և հաշմանդամների համար;
- Սննդի բաշխման ծրագիր՝ կազմակերպված Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիայի կողմից;
- Սննդամթերքի աջակցության այլ ծրագրեր:

ԱՆՈՒՆ	ԾՐԱԳՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	ԱՆՈՒՆ	ԾՐԱԳՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ

CA FS MC **15** **A. Որևէ մեկը բնակվու՞մ է ստորև նշված վայրերից մեկում:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.
- Խմբակային բնակության հաստատություն հաշմանդամների/կույրերի համար
- Ապաստարան, կենտրոն
- Սննդի և խնամքի տուն
- Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիա
- Հոգեբուժարան
- Ուղղիչ հաստատություն
- Հիվանդանոց կամ ծերանոց
- Որպես նպաստ տրված ապաստան ծերերի համար
- Վարչարան և խնամատուն
- Թմրամոլների կամ ալկոհոլիկների վերականգնման կենտրոն

ԱՆՈՒՆ	ԱՊԱՍՏԱՐԱՆԻ, ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԻ ԿԱՄ ԱՅԼԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	Ե՞ՐԲ Է ԲՆԱԿՎԵԼ	Ե՞ՐԲ Է ԲՆԱԿՎԵԼ

MC **B. Հիվանդանոցում կամ ծերանոցում գտնվող անձն ունի՞ ամուսին կամ ընտանիքի այլ անդամներ, որոնք բնակվում են տանը:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

CA **16** **Նշեք բոլոր այն երեխաներին, որոնք կանոնավոր չեն հաճախում դպրոց և բացատրեք, թե ինչու նրանք կանոնավոր չեն հաճախում:**
☐ 6-16 տարիքի երեխա չկա

ԱՆՈՒՆ	ԿԱՆՈՆԱՎՈՐ ՉՀԱՃԱԽԵԼՈՒ ՊԱՏՃԱՌԸ

CA FS MC **17** **A. Որևէ մեկը 14 և բարձր տարիքի հաճախու՞մ է դպրոց, քոլեջ կամ դասընթացների:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	ՏԱՐԻՔ	ԴՊՐՈՑԻ/ՔՈԼԵՋԻ/ԴԱՍԸՆԹԱՑՆԵՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ (✔) ☐ Լրիվ դրույք ☐ Կես դրույք ☐ Այլ (նշեք).	ՇԱԲԱԹԱԿԱՆ ՔԱՆԻ ՄԻԱՎՈՐ/ԺԱՄ / Ե՞ՐԲ Է ԱՎԱՐՏԵԼՈՒ	ԱՇԽԱՏՈՒՄ Է ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
ԱՆՈՒՆ	ՏԱՐԻՔ	ԴՊՐՈՑԻ/ՔՈԼԵՋԻ/ԴԱՍԸՆԹԱՑՆԵՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ (✔) ☐ Լրիվ դրույք ☐ Կես դրույք ☐ Այլ (նշեք).	ՇԱԲԱԹԱԿԱՆ ՔԱՆԻ ՄԻԱՎՈՐ/ԺԱՄ / Ե՞ՐԲ Է ԱՎԱՐՏԵԼՈՒ	ԱՇԽԱՏՈՒՄ Է ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

CA FS **B. Լրացրեք ստորև բոլոր այն անձանց տվյալները, որոնք հաճախում են քոլեջ կամ նմանատիպ ուսումնական հաստատություն:**

ԱՆՈՒՆ	ԺԱՄԿԵՏ (ՆՇԵՔ (✔)) ☐ Կիսամյակ ☐ Տարի ☐ Քառորդ	ՈՒՍՄԱՆ ՎԱՐՁԸ ՄԵԿ ԿԻՍԱՄՅԱԿԻ ՀԱՄԱՐ $	ԳՐՔԵՐԻ, ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ԵՎ ԱՅԼ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԻ ՃԱԽՍԸ ՄԵԿ ԿԻՍԱՄՅԱԿԻ ՀԱՄԱՐ $
ՔԱՆԻ՞ ՄՂՈՆ Է ՕՐԱԿԱՆ ՃԱՆԱՊԱՐՀՈՐԴՈՒՄ ԴԵՊԻ ԴՊՐՈՑ/ԵՐԵՐԵԽԱՅԻ ԽՆԱՄՔԻ ԿԵՆՏՐՈՆ ԵՎ ՏՈՒՆ	ՇԱԲԱԹԱԿԱՆ ՔԱՆԻ՞ ՕՐ Է ՀԱՃԱԽՈՒՄ	Ի՞ՆՉ ՓՈԽԱՐԱՄԻՋՈՑԻՑ Է ՕԳՏՎՈՒՄ	
ՇԱԲԱԹԱԿԱՆ ՏՐԱՆՍՊՈՐՏԻ ԾԱԽՍԵՐ $	ՇԱԲԱԹԱԿԱՆ ՈՐՔԱՆ ԳՈՒՄԱՐ ԵՆ ՎՃԱՐՈՒՄ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՄԵՔԵՆԱՅԻ (CAR POOL) ԱՆԴԱՄՆԵՐԸ $	ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ՏՐԱՆՍՊՈՐՏԻ ՕՐԱԿԱՆ ԾԱԽՍԸ (ԱՎՏՈԲՈՒՍ, ԵՎ ԱՅԼՆ) $	

CA **18** **A. Ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը (քսան տարեկանից ցածր), հղի՞ է կամ արդեն երեխա ունի:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	ՏԱՐԻՔ	ՆՇԵՔ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ (✔) ☐ Հղի ☐ Անչափահաս ծնող

ԴՊՐՈՑԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ (✔)
☐ Դպրոցի դիպլոմ ունի ☐ GED ունի ☐ Կանոնավոր չի հաճախում դպրոց (բացատրեք).
☐ Կանոնավոր հաճախում է դպրոց ☐ Այլ (նշեք).

B. Որևէ մեկն ստացել է դրամական պարգև կամ տույժ, կամ երեխայի խնամքի աջակցություն, տրանսպորտ և այլն Cal-Learn ծրագրից: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	ՈՐՏԵ՞Ղ (ՆՇԵՔ ՇՐՋԱՆԸ)	ԱՄՍԱԹԻՎ

CA FS **19** **Որևէ մեկը գործադուլի մասնակցու՞մ է:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԳՈՐԾԱԴՈՒԼԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ/ՈՒՍՈՒՑՄԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄՆ ՈՒ ՀԱՍՑԵՆ
ԱՐՀՄԻՈՒԹՅԱՆ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	
ԳՈՐԾԱԴՈՒԼԻ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՆԱԽՔԱՆ ԳՈՐԾԱԴՈՒԼՆ ԱՄՍԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՁԸ (ԱՌԱՆՑ ՆՎԱՀԵՑՈՒՄՆԵՐԻ) $

COUNTY USE ONLY

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO
CA Eligible: ☐ YES ☐ NO

School Attendence Verified: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO
School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

Expenses Verified: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
Financial Aid: ☐ YES ☐ NO
☐ MC 210 S-E

Referred to:
☐ Cal-Learn
☐ CW 25
☐ CW 25A
☐ Referred to Welfare-to-Work

Striker Regs Apply:
☐ CA ☐ FS

CA FS (20) **Որևէ մեկը, այդ թվում երեխաները, աշխատե՞լ է կամ պետք է աշխատանքի անցնի, այդ թվում կես դրույքով կամ ժամանակավոր:**
Նշեք (✔) նշանով բոլոր հարցերի համար «ԱՅՈ»-ի կամ «ՈՉ»-ի տակ:
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

	ԱՅՈ	ՈՉ
Որևէ մեկը դադարե՞լ է աշխատել կամ հրաժարվել աշխատելուց վերջին 60 օրվա ընթացքում:		
Որևէ մեկը ներկայումս աշխատու՞մ է կամ հաճախում դասընթացների:		
Որևէ մեկը աշխատելու է կամ դասընթացների է հաճախելու առաջիկա 2 ամիսների ընթացքում:		

Եթե սեփական գործ ունեք.
Պարենային կտրոնների համար. Առանձին թերթի վրա նշեք Ձեր բիզնեսին առնչվող ծախսերը:
Դրամական աջակցության համար. Նշեք (✔), թե ինչպես եք ցանկանում, որպեսզի բիզնեսին առնչվող Ձեր ծախսերը հաշվարկվեն յուրաքանչյուր ամիս:

☐ 40% ստանդարտ նվազեցում ☐ Իրական բիզնես ծախսեր ☐ Ամսական միջին (տարեկան ծախսերը բաժանած 12 ամիսների)
Եթե ընտրում եք Իրական կետը, ապա թվեք Ձեր ծախսերն առանձին թերթի վրա:

(A) ԱՆՈՒՆ
CA FS MC

ԱՄՍԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ/ՈՒՍՄԱՆ ՎՐԱ ԾԱԽՍՎԱԾ ԺԱՄԵՐԸ	ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ ԵՎ ՀԱՍՑԵՆ
ՆԱԽՈՐԴ ԱՄԻՍ _____ ԱՅՍ ԱՄԻՍ _____	

ՎԱՐՁԱՏՐՄԱՆ ՕՐԸ (ՕՐԵՐԸ)	ՍԵՓԱԿԱՆ ԳՈՐԾ	ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՁԸ ՆԱԽՔԱՆ ՆՎԱԶԵՑՈՒՄՆԵՐԸ	ՎԵՐՋԻՆ ՉԵԿԻ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՍՏԱՑԵԼ ԵՄ ԿԱՄ ՍՊԱՍՎՈՒՄ Է, ՈՐ ԿՍՏԱՆԱՄ ԹԵՅԱՓՈՂ ԿԱՄ ՏՈԿՈՄՆԵՐ
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	$ _____ամեն մի_____-ի համար		☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
ԱՇԽԱՏԱՆՔԻՑ/ՈՒՍՈՒՑՈՒՄԻՑ ԱԶԱՏՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌԸ			ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ/ՈՒՍՄԱՆ ՎԵՐՋԻՆ ՕՐԸ	ԵԹԵ «ԱՅՈ», ԼՐԱՑՐԵՔ ՍՏՈՐԵՎ ՍՏԱՑՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ $ _____ ՍՊԱՍՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ $ _____
ՀԱՋՈՐԴ ՉԵԿԻ ՍՏԱՑՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՍՊԱՍՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ ՆԱԽՔԱՆ ՆՎԱԶԵՑՈՒՄՆԵՐԸ $	ՄԱՍՆԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ		

(B) ԱՆՈՒՆ
CA FS MC

ԱՄՍԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ/ՈՒՍՄԱՆ ՎՐԱ ԾԱԽՍՎԱԾ ԺԱՄԵՐԸ	ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ ԵՎ ՀԱՍՑԵՆ
ՆԱԽՈՐԴ ԱՄԻՍ _____ ԱՅՍ ԱՄԻՍ _____	

ՎԱՐՁԱՏՐՄԱՆ ՕՐԸ (ՕՐԵՐԸ)	ՍԵՓԱԿԱՆ ԳՈՐԾ	ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՁԸ ՆԱԽՔԱՆ ՆՎԱԶԵՑՈՒՄՆԵՐԸ	ՎԵՐՋԻՆ ՉԵԿԻ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՍՏԱՑԵԼ ԵՄ ԿԱՄ ՍՊԱՍՎՈՒՄ Է, ՈՐ ԿՍՏԱՆԱՄ ԹԵՅԱՓՈՂ ԿԱՄ ՏՈԿՈՄՆԵՐ
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	$ _____ամեն մի_____-ի համար		☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
ԱՇԽԱՏԱՆՔԻՑ/ՈՒՍՈՒՑՈՒՄԻՑ ԱԶԱՏՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌԸ			ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ/ՈՒՍՄԱՆ ՎԵՐՋԻՆ ՕՐԸ	ԵԹԵ «ԱՅՈ», ԼՐԱՑՐԵՔ ՍՏՈՐԵՎ ՍՏԱՑՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ $ _____ ՍՊԱՍՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ $ _____
ՀԱՋՈՐԴ ՉԵԿԻ ՍՏԱՑՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՍՊԱՍՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ ՆԱԽՔԱՆ ՆՎԱԶԵՑՈՒՄՆԵՐԸ $	ՄԱՍՆԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ		

CA FS MC (21) **A. Որևէ մեկը վճարո՞ւմ է երեխայի կամ մեծահասակ հաշմանդամի խնամքի համար, որպեսզի կարողանա աշխատել, դպրոց հաճախել կամ աշխատանք փնտրել:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև՝ նշելով (✔) նշանով աշխատանքի կամ ուսման դիմաց:

Ո՞Վ ԽՆԱՄՔԻ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԻ	Ո՞Վ է ՎՃԱՐՈՒՄ	Ո՞Վ է ԽՆԱՄՈՒՄ	☐ ԱՇԽԱՏԱՆՔ ☐ ՈՒՍՈՒՄ	ՎՃԱՐՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ/ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ $ _____ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐ
Ո՞Վ ԽՆԱՄՔԻ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԻ	Ո՞Վ է ՎՃԱՐՈՒՄ	Ո՞Վ է ԽՆԱՄՈՒՄ	☐ ԱՇԽԱՏԱՆՔ ☐ ՈՒՍՈՒՄ	ՎՃԱՐՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ/ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ $ _____ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐ

CA FS MC **B. Որևէ մեկ ուրիշը վճարո՞ւմ է Ձեր երեխայի խնամքի վարձը:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Նշեք նաև Ձեզ հետ չբնակվող ազգակցի կամ բարեկամի կողմից վճարվող գումարները, ԱՄՆ կրթության բաժինը, Բլոքի դրամաշնորհները և այլն:

ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՆՈՒՆԸ	Ո՞Վ է ՎՃԱՐՈՒՄ	ԱՄՍԱԿԱՆ ՎԱՐՁԸ $	ԷԼ Ո՞Վ է ՎՃԱՐՈՒՄ	ԱՄՍԱԿԱՆ ՎՃԱՐՎԵԼԻՔ ԳՈՒՄԱՐԸ $
ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՆՈՒՆԸ	Ո՞Վ է ՎՃԱՐՈՒՄ	ԱՄՍԱԿԱՆ ՎԱՐՁԸ $	ԷԼ Ո՞Վ է ՎՃԱՐՈՒՄ	ԱՄՍԱԿԱՆ ՎՃԱՐՎԵԼԻՔ ԳՈՒՄԱՐԸ $

FS MC (22) **Որևէ մեկը վճարո՞ւմ է երեխայի/ամուսնական աջակցության համար:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

Ո՞Վ է ՎՃԱՐՈՒՄ	Ո՞ՒՄ ՀԱՄԱՐ	ԱՄՍԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐԸ
		$

CA FS MC (23) **Որևէ մեկը, ներառյալ երեխաներին, դիմե՞լ է կամ ստացել գործազրկության կամ հաշմանդամության ապահովագրության շահույթ վերջին 12 ամիսների ընթացքում ԿԱՄ պետք է ստանա:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	ԴԻՄՈՒՄԻ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՈՐՏԵ՞Ղ (ՇՐՋԱՆ, ՆԱՀԱՆԳ)	ՎԵՐՋԻՆ ԱՆԳԱՄ Ե՞ՐԲ է ՍՏԱՑԵԼ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ
ԱՆՈՒՆ	ԴԻՄՈՒՄԻ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՈՐՏԵ՞Ղ (ՇՐՋԱՆ, ՆԱՀԱՆԳ)	ՎԵՐՋԻՆ ԱՆԳԱՄ Ե՞ՐԲ է ՍՏԱՑԵԼ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ

CA (24) **Որևէ մեկը ստացել է խոտորման դրամական վճարումներ կամ ոչ դրամական ծառայություններ որևիցե շրջանից կամ նահանգից:** Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև. ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԱՆՈՒՆ	ՇՐՋԱՆ/ՆԱՀԱՆԳ	ԳՈՒՄԱՐ	ԹՎԵՔ ՍՏԱՑՎԱԾ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՎԱԾ ԱՐԺԵՔԸ	ՍՏԱՑՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ
		$		$	

COUNTY USE ONLY

(A) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

(B) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

☐ Verif(s) on file for:
☐ (A) ☐ (B)

FS: Work history last 120 days
☐ (A) ☐ (B)

(A)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

(A) ☐ CA: 28 Days (B) ☐ CA: 28 Days
☐ FS: 60 days ☐ FS: 60 days
☐ MC: 30 days ☐ MC: 30 days

(B)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

CA: S/E Client Chooses:
(A) (B)
☐ Actual ☐ Actual
☐ 40% deduction ☐ 40% deduction
☐ Annualize ☐ Annualize

Child Care Informing:
☐ Trustline Informing (CCP 2)
☐ Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Dependent Care Verified

DEP. CARE ELIGIBLE	YES	NO
FS		
MC		

Is there another person in household who could provide care?
☐ YES ☐ NO

If "YES", who: _____

Court Order on File ☐ YES ☐ NO
Amount Ordered:
$

CA FS (25) **Ձեր ընտանիքում ապրող ծնողներից որևէ մեկը վերջին 24 ամիսների ընթացքում աշխատել կամ դասընթացների հաճախե՞լ է:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

- Նշեք ԱՄՆ-ում և այլ երկրներում կատարված աշխատանքները:
- Նշեք դրամից բացի այլ շահույթի դիմաց կատարված աշխատանքները, օրինակ՝ բնակարանային վարձի, սննդամթերքի, կոմունալ ծառայությունների և այլն:
- Սկզբում նշեք տվյալ անձի կողմից կատարված ամենավերջին աշխատանքը:

A. ԱՆՈՒՆ

ԱՅՍ ԱՆՁԸ ԲՆԻԿ ԱՄԵՐԻԿԱՅԻ՞ Է: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
ԵԹԵ «ԱՅՈ», ՆՇԵՔ ՑԵՂԸ

Գործատուի կամ Ուսուցման ծրագրի անվանումն ու հասցեն Նշեք (✔)՝ աշխատանք է, թե ուսուցում	Աշխատանքի սկիզբն ու ավարտը (Ամիս, ամսաթիվ, տարեթիվ)	Աշխատավարձ (վճարվող գումար)	Գործատուի կամ Ուսուցման ծրագրի անվանումն ու հասցեն Նշեք (✔)՝ աշխատանք է, թե ուսուցում	Աշխատանքի սկիզբն ու ավարտը (Ամիս, ամսաթիվ, տարեթիվ)	Աշխատավարձ (վճարվող գումար)
1. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական	4. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական
2. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական	5. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական
3. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական	6. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական

B. ԱՆՈՒՆ

ԱՅՍ ԱՆՁԸ ԲՆԻԿ ԱՄԵՐԻԿԱՅԻ՞ Է: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
ԵԹԵ «ԱՅՈ», ՆՇԵՔ ՑԵՂԸ

Գործատուի կամ Ուսուցման ծրագրի անվանումն ու հասցեն Նշեք (✔)՝ աշխատանք է, թե ուսուցում	Աշխատանքի սկիզբն ու ավարտը (Ամիս, ամսաթիվ, տարեթիվ)	Աշխատավարձ (վճարվող գումար)	Գործատուի կամ Ուսուցման ծրագրի անվանումն ու հասցեն Նշեք (✔)՝ աշխատանք է, թե ուսուցում	Աշխատանքի սկիզբն ու ավարտը (Ամիս, ամսաթիվ, տարեթիվ)	Աշխատավարձ (վճարվող գումար)
1. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական	4. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական
2. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական	5. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական
3. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական	6. ☐ Աշխատանք ☐ Ուսուցում	Սկիզբ Ավարտ	$ ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական

FS (26) **Ձեր ընտանիքում պարենային կտրոններ ստացող բոլոր անձինք ԱՄՆ քաղաքացիներ՞ են:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Եթե «ՈՉ», յուրաքանչյուր ոչ քաղաքացու համար ստորև լրացրեք.

Յուրաքանչյուր ոչ քաղաքացու անունը	A. Քանի՞ տարի է այս անձը, նրա ամուսինը և/կամ ծնողները (նախքան այս անձի 18 տարին լրանալը) բնակվել ԱՄՆ-ում:	B. ԱՄՆ-ում բնակվելիս քանի՞ տարի է նշված անձը, նրա ամուսինը և/կամ ծնողները (նախքան անձի 18 տարին լրանալը) դրամ վաստակել ԱՄՆ-ում աշխատելիս:	C. ԱՄՆ-ից բացի այլ երկրներում բնակվելիս քանի՞ տարի է նշված անձը, նրա ամուսինը և/կամ ծնողները (նախքան անձի 18 տարին լրանալը) դրամ վաստակել ԱՄՆ-ում աշխատելիս:
1.			
2.			
3.			
4.			

CA FS MC (27) **Որևէ մեկը կամ որևէ մեկի ամուսինը կամ ծնողը ծառայե՞լ է ԱՄՆ զինվորական ծառայությունում:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ	ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (✔)	ՊԱՏՎԱՎՈՐ ՁՈՐԱՑՈՒՄ	ՄԱՍՆԱՃՅՈՒՂ	ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԸ
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	☐ ԱԿՏԻՎ/ՎԵՏԵՐԱՆ ☐ ԱՄՈՒՍԻՆ, ԾՆՈՂ ԿԱՄ ԵՐԵԽԱ	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ		
ԱՆՈՒՆ	ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ	ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (✔)	ՊԱՏՎԱՎՈՐ ՁՈՐԱՑՈՒՄ	ՄԱՍՆԱՃՅՈՒՂ	ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԸ
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	☐ ԱԿՏԻՎ/ՎԵՏԵՐԱՆ ☐ ԱՄՈՒՍԻՆ, ԾՆՈՂ ԿԱՄ ԵՐԵԽԱ	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ		

COUNTY USE ONLY

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

COUNTY USE ONLY

PE/UIB Requirements
Earnings from month prior to month of application
App Date: _____
Earnings from _____ *to* _____

MO/YR	(25) A	(25) B
	$	$
TOTAL	$	$

(25)	A	B
Tribal JOBS Referral		
UIB Verif(s) on file		
Must apply for UIB		
Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months		

UIB Ineligible Reason:

(26) *FS:* ☐ *40 Quarters Verif.*

(27) ☐ *CW 5*

FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.
☐ *YES* ☐ *NO*

CA FS MC **28** **A.** **Ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը, այդ թվում երեխաները, ստանու՞մ է կամ պետք է ստանա դրամական միջոցներ ստորև նշված աղբյուրներից որևիցե մեկից:**
Նշեք (✔) բոլոր հարցերի համար «ԱՅՈ»-ի կամ «ՈՉ»-ի տակ:

	ԱՅՈ	ՈՉ		ԱՅՈ	ՈՉ
Work Study, JTPA, Welfare-to Work կամ այլ ծրագրեր			Կրթությանն առնչվող վետերանների եկամուտ (VA ծրագիր)		
Այլ կրթական (ուսումնական) վճարումներ			VA ծրագրի Վետերանների օգնություն և խնամք		
Կրթական դրամաշնորհներ, վարկեր կամ կրթաթոշակներ			Սոցիալական ապահովության՝ հաշմանդամների կամ լրացուցիչ ապահովության եկամուտ/պետական լրացուցիչ վճարումներ (SSI/SSP)		
CalWORKs/Դրամական աջակցություն մեկ այլ նահանգից			VA ծրագրի Հաշմանդամների աջակցություն		
Փախստականների աջակցություն (RCA)			Երկաթգծի աշխատակիցների հաշմանդամության աջակցություն		
Դրամական աջակցության ծրագիր ներգաղթյալների համար			Հաշմանդամների աջակցության այլ ծրագրեր ֆեդերալ կամ տեղական պետական գործակալությունից		
GA/GR (Ընդհանուր աջակցություն/ընդհանուր օգնություն)			Սոցիալական ապահովության թոշակ		
Աշխատողների փոխհատուցում			Երկաթգծի աշխատակիցների թոշակ		
Երեխաների/ամուսնական աջակցություն կամ դրամական միջոցներ բժշկական հաշիվներից և վճարումների համար			Այլ թոշակներ ֆեդերալ կամ տեղական պետական գործակալությունից		
Նպաստներ գործադուլից			Այլ ոչ պետական թոշակ		
Վարկեր, նվերներ, նվիրատվություններ			Շահումներ (Կազինո/լոտո/բինգո/մրցանակներ և այլն)		
Օրինական կամ ապահովագրական լուծումներ/դատական վճիռներ			Ժառանգություն		
Պայմանագրերի, հավաստագրերի, երաշխավորագրերի վաճառք			Այլ (նշեք)		
Ռազմական վճարումներ և թոշակներ					

COUNTY USE ONLY

☐ Casualty Unit Notified
☐ CWC 6041
☐ DHS 6155
☐ Verif(s) on File
Explain Anticip. Income
Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	ԱՂԲՅՈՒՐ	ԳՈՒՄԱՐԸ (ՆԱԽՔԱՆ ՆՎԱԶԵՑՈՒՄՆԵՐԸ)	Ե՞ՐԲ	ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ	(✔) if exempt CA	FS	MC
		$					
		$					

CA FS MC **B.** **Որևէ մեկը սպասո՞ւմ է, ներկայումս ստացվող գումարի փոփոխման, ինչպես օրինակ՝ ապրուստի թանկացում:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև:

ԱՆՈՒՆ	Ի՞ՆՉ	ԳՈՒՄԱՐ	Ե՞ՐԲ
		$	

CA FS MC **29** **Որևէ մեկը ապաստան, բնակարանի/տան վարձ, կոմունալ ծառայություններ, սննդամթերք կամ հագուստ ստանու՞մ է անվճար կամ աշխատանքի դիմաց:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև և նշեք (✔), եթե վերը նշված պարագաները անվճար են կամ աշխատանքի դիմաց:

In-Kind Income:
Verif. on file: ☐ YES ☐ NO

ՍՏԱՑՎԱԾ ՊԱՐԱԳԱ	Անվճար	Աշխատանքի դիմաց	ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԱՐԺԵՔ	ՏՐԱՄԱԴՐՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	Partial	Full	Earned	Unearned
Բնակարան/տուն, բնակարանային վարձ				$					
Կոմունալ ծառայություններ				$					
Սննդամթերք				$					
Հագուստ				$					

CA FS MC **30** **A.** **Որևէ մեկն ունի՞ կամ գնում է անշարժ գույք, օրինակ՝ հող և/կամ շենքեր, այդ թվում՝ այլ երկրներում:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև: Նշեք նաև այն գույքը, որը համատեղ է տնօրինվում կամ գնվում:

ՏԵՍԱԿԸ (ՀՈՂ, ՀԱՍԱՏԻՐՈՒԹՅՈՒՆ ԲՆԱԿԱՐԱՆ, ՏՈՒՆ)	Ի՞ՆՉ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԵՔ ՕՏԱՐՈԾՈՒՄ (ՆՇԵՔ (Y))	ԱՅՈ	ՈՉ	ՍԵՓԱԿԱՆԱՏԵՐ(ԵՐ)	ՀԱՍՑԵ ԿԱՄ ՎԱՅՐ	ՍԵՓԱԿԱ-ՆՈՒԹՅԱՆ ԳՈՒՄԱՐ	ԵԿԱՄՈՒՏ ՎԱՐՁԱԿԱԼՈՒՄԻՑ
	ԲՆԱԿՎՈՒՄ ԵՄ ԱՅՆՏԵՂ					$	$
ԴՐՎԱԾ Է ՎԱՃԱՌՔԻ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	ՎԱՐՁԱԿԱԼՈՒՄ ԵՄ						
	ԱՅԼ (ՆՇԵՔ)						

ՏԵՍԱԿԸ (ՀՈՂ, ՀԱՍԱՏԻՐՈՒԹՅՈՒՆ ԲՆԱԿԱՐԱՆ, ՏՈՒՆ)	Ի՞ՆՉ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԵՔ ՕՏԱՐՈԾՈՒՄ (ՆՇԵՔ (Y))	ԱՅՈ	ՈՉ	ՍԵՓԱԿԱՆԱՏԵՐ(ԵՐ)	ՀԱՍՑԵ ԿԱՄ ՎԱՅՐ	ՍԵՓԱԿԱ-ՆՈՒԹՅԱՆ ԳՈՒՄԱՐ	ԵԿԱՄՈՒՏ ՎԱՐՁԱԿԱԼՈՒՄԻՑ
	ԲՆԱԿՎՈՒՄ ԵՄ ԱՅՆՏԵՂ					$	$
ԴՐՎԱԾ Է ՎԱՃԱՌՔԻ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	ՎԱՐՁԱԿԱԼՈՒՄ ԵՄ						
	ԱՅԼ (ՆՇԵՔ)						

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $_____
Amount Owed $_____
Net Value $_____
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $_____
Amount Owed $_____
Net Value $_____
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

CA MC **B.** **Որևէ մեկն ունի՞ տուն, ուր ոչ ոք չի բնակվում, և տան սեփականատերը մտադիր է վերադառնալ այդ տունը:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ՍԵՓԱԿԱՆԱՏԵՐ	ՍԵՓԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՑԵՆ	ՎԵՐԱԴԱՐՁԻ ՕՐԸ (ԵԹԵ ՀԱՅՏՆԻ Է)

Total countable property: Page 7
(List totals on page 9)
CA $_____
FS $_____
MC $_____

CA FS MC **31 A.** **Ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը, այդ թվում երեխաներից որևէ մեկը, հանդիսանու՞մ է ստորև նշված անձնական և բիզնեսին վերաբերող պարագաներից որևիցե մեկի սեփականատերը:**

Նշեք (Y) բոլոր հարցերի համար «ԱՅՈ»-ի կամ «ՈՉ»-ի տակ:
Ընդգրկեք բոլոր այն պարագաները, որոնք համատեղ տնօրինվում, հսկվում կամ պահվում են մեկ այլ անձի հետ (նույնիսկ եթե դա արվում է հարմարության համար): Տարածքային մարմինները կորոշեն, թե արդյոք այդ պարագաները պետք է հաշվի առնվեն:

	ԱՅՈ	ՈՉ		ԱՅՈ	ՈՉ
Կանխիկ դրամական միջոցներ (ձեռքի վրա կամ այլուր)			Տրեստային ֆոնդեր (եթե նույնիսկ մատչելի չեն)		
Չկանխիկացված չեկեր (ձեռքի վրա կամ այլուր)			Ծանուցումներ, սեփականության լիազորագրեր, վաճառքի պայմանագրեր և այլն.		
Խնայողական հաշիվներ երեխաների և մեծահասակների			Թոշակային միջոցներ, որոնք կստանանք, եթե դադարեք աշխատելուց (օրինակ՝ PERS)		
Չեկային հաշիվներ, եթե նույնիսկ չեն օգտագործվում			Աշխատակցի կողմից հետաձգված փոխհատուցման պլաններ		
Վարկային միությունների հաշիվներ			Կյանքի ապահովագրություն կամ տարեկան ռենտա		
Արժեթղթեր, պարտատոմսեր, ներդրման դեպոզիտի վկայականներ, դեպոզիտային հաշիվներ և այլն.			Տոկոսներ ցմահ սեփականությունից		
Նավթային, հանքային և հանքարդյունահանման իրավունքներ			Երկարաժամկետ խնամքի ապահովագրություն		
Թաղման պարտքեր կամ պայմանագրեր, ապահովագրություն, թաղման համար նախատեսված միջոցներ, գումարներ գերեզմանատանը հողաբաժին, դագաղի և այլ պարագաներ գնելու համար			EBT դրամական միջոցների բալանս նախորդ ամսվանից		
Եկամտահարկի հատուցում			Այլ (նշեք)		

ԵԹԵ «ԱՅՈ», ԼՐԱՑՐԵՔ ՍՏՈՐԵՎ

ԱՂԲՅՈՒՐ	ԲԻԶՆԵՍԻՆ ՎԵՐԱԲԵՐՈՂ	ՍԵՓԱԿԱՆԱՏԵՐ	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԻ ՀԱՇԻՎ #	ԲԱՆԿԻ ԱՆՈՒՆՆ ՈՒ ՀԱՍՑԵՆ	ԸՆԹԱՑԻԿ ԱՐԺԵՔԸ
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ				$
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ				$
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ				$

CA FS MC **B.** **Ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը ստանո՞ւմ է կամ պետք է ստանա դրամական միջոցներ վերևում նշված ռեսուրսներից, օրինակ՝ տոկոսներ, շահութաբաժին և այլն.** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԱՆՈՒՆ	ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԱՂԲՅՈՒՐ	ԳՈՒՄԱՐ	ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ	ԲԻԶՆԵՍԻՆ ՎԵՐԱԲԵՐՈՂ
		$		☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
		$		ԲԻԶՆԵՍԻՆ ՎԵՐԱԲԵՐՈՂ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

MC **32** **Կա՞ն գույքը կալանքի տակ դնելու որևէ իրավունքներ կամ Դուք ստորագրե՞լ եք որևիցե երաշխավորագիր բժշկի, կլինիկայի, հիվանդանոցի հետ, որի համաձայն կալանքի տակ կարող է դրվել Ձեր կամ Ձեր ընտանիքի սեփականությունը հանդիսացող որևէ գույք՝ բժշկական ծառայությունների փոխհատուցման համար:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԿԱԼԱՆՔԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔԻ ԿԱՄ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐԱԳՐԻ ԳՈՒՄԱՐԸ	ՍԵՓԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿՆ ՈՒ ՀԱՍՑԵՆ	ՍՏԱՑՎԱԾ/ՍՏԱՆԱԼԻՔ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՏՐԱՄԱԴՐՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ
$			
$			

MC **33** **A.** **Որևէ մեկը որպես անձնական սեփականություն ունի՞ ստորև նշված պարագաներից ցանկացածը:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

- Նավակներ (առանց շարժիչի), կատերներ, առանց շարժիչի թրեյլերներ;
- Ատրճանակ/հրացան, գործիքներ, սպորտային հանդերձանք/սարքեր և այլն;
- Տնային կենդանիներ անձնական նպատակների համար;
- Թանկարժեք զարդեղեն, արվեստի գործեր, անտիկվար իրեր, հավաքածուներ, խցիկներ (լուսանկարչական, տեսախցիկ), երաժշտական գործիքներ/սարքավորումներ (դաշնամուր, կիթառ, ուժեղացուցիչներ և այլն):

Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև: Հարկավոր չէ նշել ամուսնության/նշանադրության մատանիները կամ ընտանեկան/ժառանգած թանկարժեք իրերը: Նշեք միայն 100 դոլարից ավելի արժեքով զարդեղենը և 500 դոլարից ավելի արժեքով ընտանեկան և անձնական պարագաները:

ԱՆՎԱՆՈՒՄ	ԴՐՎԱԾ Է ՎԱՃԱՌՔԻ	ԳԻՆԸ ԿԱՄ ԸՆԹԱՑԻԿ ԱՐԺԵՔԸ	ՊԱՐՏՔԻ ԳՈՒՄԱՐԸ	ԱՆՎԱՆՈՒՄ	ԴՐՎԱԾ Է ՎԱՃԱՌՔԻ	ԳԻՆԸ ԿԱՄ ԸՆԹԱՑԻԿ ԱՐԺԵՔԸ	ՊԱՐՏՔԻ ԳՈՒՄԱՐԸ
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	$	$		☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	$	$
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	$	$		☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	$	$

MC **B.** **Որևէ մեկն ընտանիքում ունի՞ բիզնեսին առնչվող սեփականություն, այդ թվում նաև գործիքներ, գույք կամ նյութեր, սարքավորումներ, տնային կենդանիներ և այլն: Նշեք նաև համատեղ սեփականությունը:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԱՆՎԱՆՈՒՄ	ԴՐՎԱԾ Է ՎԱՃԱՌՔԻ	ԳԻՆԸ ԿԱՄ ԸՆԹԱՑԻԿ ԱՐԺԵՔԸ	ՊԱՐՏՔԻ ԳՈՒՄԱՐԸ	ԱՆՎԱՆՈՒՄ	ԴՐՎԱԾ Է ՎԱՃԱՌՔԻ	ԳԻՆԸ ԿԱՄ ԸՆԹԱՑԻԿ ԱՐԺԵՔԸ	ՊԱՐՏՔԻ ԳՈՒՄԱՐԸ
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	$	$		☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	$	$
	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	$	$		☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	$	$

COUNTY USE ONLY

☐ Trust Fund/Not Court Ordered

☐ Court Petitioned
Date _____

☐ Resource Verified:
Explain how:

Total Value = $_____

☐ Burial Reserve or Trust (MCO)
Amount Owed $_____
☐ Revocable
☐ Irrevocable
☐ Designated Fund and Current Value $_____

☐ CA Restricted Account

Check (✔) if exempt

CA	FS	MC

Verified: ☐ YES ☐ NO

Lien Applicable: ☐ YES ☐ NO

Security Agreement: ☐ YES ☐ NO

MC 174 completed and sent: ☐ YES ☐ NO

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately

☐ Personal Property $500 + for Pickle Program

☐ Insignificant Value for 1931(b)

☐ Listed for sale
(Specify):

Total Countable Property: Page 8
(List totals on Page 9)

CA $ _____
FS $ _____
MC $ _____

☐ Listed for sale
(Specify):

CA MC (34) **Որևէ մեկը վաճառե՞լ է, ծախսել, փոխանցել կամ ուրիշին տվել որևիցե անշարժ գույք, օրինակ՝ տուն կամ հող, կամ այլ սեփականություն, օրինակ՝ դրամ, ավտոմեքենա, բանկային հաշիվներ, իրավական կամ դժբախտ պատահարի ապահովագրի վճարումից մնացած դրամական միջոցներ, կամ այլ սեփականություն:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

(Դրամական աջակցության համար նշեք բոլոր այն սեփականությունները, որոնք վաճառվել կամ այլ կերպ են օտարվել վերջին 12 ամիսների ընթացքում, պարենային կտրոնների համար նշեք վերջին 3 ամիսների ընթացքում օտարված սեփականությունը, իսկ Medi-Cal-ի համար՝ վերջին 2 1/2 (30 ամսվա) տարիների ընթացքում օտարված սեփականությունը:
Եթե «ԱՅՈ», նշեք, թե ինչն է օտարվել և երբ:

CA FS MC (35) **Որևէ մեկը հանդիսանում է շարժիչային փոխադրամիջոցի, այդ թվում՝ ավտոմեքենայի, մոտոցիկլետի, սահնակի, հանգստի համար նախատեսված որևէ մեքենայի, շարժիչային նավակի կամ այլ տեսակի փոխադրամիջոցի սեփականատեր, կամ որևէ մեկի անունով գրանցվա ծ է որևիցե փոխադրամիջոց, նույնիսկ եթե այն անսարք է:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև: Յուրաքանչյուր մեքենայի տվյալները նշված են գրանցման փաստաթղթում:

	ՓՈԽԱԴՐԱՄԻՋՈՑ (1)		ՓՈԽԱԴՐԱՄԻՋՈՑ (2)		ՓՈԽԱԴՐԱՄԻՋՈՑ (3)	
ՓՈԽԱԴՐԱՄԻՋՈՑԻ ՍԵՓԱԿԱՆԱՏԵՐԸ						
ՓՈԽԱԴՐԱՄԻՋՈՑՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ						
ՏԱՐԵԹԻՎ/ԱՐՏԱԴՐՈՂՄԱԿՆԻՇ						
ԼԻՑԵՆԶԻԱՅԻ ՀԱՄԱՐԸ						
ԳՆԱՀԱՏՎԱԾ ԱՐԺԵՔ	$		$		$	
ՊԱՐՏՔԻ ՄՆԱՑՈՐԴ	$		$		$	
ԼԻՑԵՆԶԱՎՈՐՎԱԾ է	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ
ՎԱՐՁԱԿԱԼՎԱԾ է	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ	☐ ԱՅՈ	☐ ՈՉ
ԻՆՉ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԻ է ԾԱՌԱՅՈՒՄ ՓՈԽԱԴՐԱՄԻՋՈՑԸ Նշեք (Y) նշանով բոլոր հարցերի համար «ԱՅՈ»-ի կամ «ՈՉ»-ի տակ:	ԱՅՈ	ՈՉ	ԱՅՈ	ՈՉ	ԱՅՈ	ՈՉ
Որպես տուն/ապաստարան						
Աշխատանքի, դասընթացների կամ աշխատանք փնտրելու համար						
Դրամ վաստակելու, սեփական գործի, բիզնեսի համար						
Ընտանիքի հաշմանդամ անդամին փոխադրելու համար						
Բնակարանի/տան համար վառելիք կամ ջուր կրելու նպատակով						
Միայն հանգստի և զվարճանքի համար						

COUNTY USE ONLY

Transfer of Assets:
☐ CA in last 12 months
☐ FS in last 3 months
☐ Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY
☐ Adequate Consideration
☐ Spenddown
Total Nonexempt Property
$

Compute Vehicle Valuation in Section Below:
☐ Verifications viewed
☐ Leased vehicle:
☐ (1) ☐ (2) ☐ (3)
☐ Pickle Program:
Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date: _____ $_____

(2) Date: _____ $_____

(3) Date: _____ $_____

COUNTY USE ONLY - VEHICLES

CASH AID/FOOD STAMPS	VEHICLE (1)	VEHICLE (2)	VEHICLE (3)
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If [YES], go to (C). If [NO], go to (B)(2).]	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO
(2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	☐ YES Go to (C). Use Excess Value. ☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value. ☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value. ☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

(C) Fair Market Values-CA/FS

FMV			
Minus	Minus $4,650	Minus $4,650	Minus $4,650
Excess Value			

(D) Equity Values-CA/FS

FMV			
Minus Encum-brance			
Equity Value			

MEDI-CAL

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	$ _____
Vehicle Market Value	$ _____	$ _____	$ _____
Less Encumbrances	$ _____	$ _____	$ _____
Net Value	$ _____	$ _____	$ _____
Exempt	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

TOTALS: VEHICLE CA/FS

Excess Value $ _____

Equity Value $ _____

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):

Is vehicle used:	(1) Exempt	(2) Yes	(2) No	(3) Yes	(3) No
As a home					
For self-employment					
To Go to Work or Medical Appointment					

Grand Total Countable Property
(List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	$_____	$_____	$_____
(8)	$_____	$_____	$_____
(7)	$_____	$_____	$_____
Total	$_____	$_____	$_____

CA FS (36) A. **Որևէ մեկն ունի՞ բնակարանային ծախսեր:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք.

ԲՆԱԿԱՐԱՆԱՅԻՆ ԾԱԽՍԵՐ	ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԾԱԽՍԵՐ	ՈՐՔԱՆ՞ ԵՔ ՎՃԱՐՈՒՄ	ՈՐՔԱ՞Ն ԵՆ ՎՃԱՐՈՒՄ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄՅՈՒՍ ԱՆԴԱՄՆԵՐԸ	Ի՞ՆՉ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ ԵՆ ՉԵՋ ՀԱՇԻՎ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆՈՒՄ
Բնակարանի վարձ	$	$	$	
Տան (գրավի) համար վճարում	$	$	$	
Սեփականության հարկեր (եթե ընդգրկված չեն տան համար վճարվելիք գումարի մեջ)	$	$	$	
Ապահովագրություն (եթե ընդգրկված չէ տան համար վճարվելիք գումարի մեջ)	$	$	$	
Այլ (նշեք)	$	$	$	

CA FS **B. Որևէ մեկը վճարու՞մ է բնակարանային ծախսերը կամ դրանց մի մասը: Նշեք նաև այն ազգակցին կամ բարեկամին, որը չի բնակվում Ձեր բնակարանում/տանը, ինչպես նաև վարձավճարների աջակցության ծրագրերը, օրինակ՝ HUD, Հատված 8, և այլն.** Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք. ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԲՆԱԿԱՐԱՆԱՅԻՆ ԾԱԽՍԻ ՏԵՍԱԿԸ	ՎՃԱՐՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՈՐՔԱ՞Ն Է ՎՃԱՐՈՒՄ ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐԸ	Ի՞ՆՉ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ ԵՆ ՆՐԱՆ ՀԱՇԻՎ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆՈՒՄ
		$	
		$	

FS (37) **A. Որևէ մեկն ունի՞ կոմունալ ծախսեր:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք.

ԿՈՄՈՒՆԱԼ ԾԱԽՍԵՐ	ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԾԱԽՍԵՐ	ՈՐՔԱ՞Ն ԵՔ ՎՃԱՐՈՒՄ	ՈՐՔԱ՞Ն ԵՆ ՎՃԱՐՈՒՄ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄՅՈՒՍ ԱՆԴԱՄՆԵՐԸ	Ի՞ՆՉ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ ԵՆ ՉԵՋ ՀԱՇԻՎ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆՈՒՄ
Գազ կամ այլ վառելիք	$	$	$	
էլեկտրաէներգիա կամ այլ վառելիք	$	$	$	
Գազը, էլեկտրաէներգիան կամ այլ վառելիք օգտագործում եք տունը ջեռուցելո՞ւ, թե՝ հովացնելու համար:	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ			
Ջրամատակարարում	$	$	$	
Կոյուղի	$	$	$	
Աղբահանում	$	$	$	
Հեռախոսակապ (մեկ հեռախոսի դրույքաչափ գումարած հարկ)	$	$	$	
Կոմունալ ծառայությունների տեղակայում	$	$	$	
Այլ (նշեք)	$	$	$	

FS **B. Որևէ մեկը վճարու՞մ է կոմունալ ծախսերը կամ դրանց մի մասը: Նշեք նաև այն ազգակցին կամ բարեկամին, որը չի բնակվում Ձեր տանը/բնակարանում, ինչպես նաև՝ Ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքների էներգետիկ աջակցության ծրագիրը և այլն.** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք.

ԿՈՄՈՒՆԱԼ ԾԱԽՍԻ ՏԵՍԱԿԸ	ՎՃԱՐՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՈՐՔԱ՞Ն Է ՎՃԱՐՈՒՄ ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐԸ	Ի՞ՆՉ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ ԵՆ ՆՐԱՆ ՀԱՇԻՎ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆՈՒՄ
		$	
		$	

FS (38) **Դուք կարող եք լիազորել Ձեր ընտանիքից կամ ոչ Ձեր ընտանիքից որևէ մեկին՝ Ձեր փոխարեն ստանալու պարենային կտրոններ կամ դրանցով Ձեզ համար սննդամթերք գնելու համար: Եթե ցանկանում եք լիազորել որևէ մեկին, լրացրեք.**

ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ՀԱՍՑԵՆ	ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ ( )

COUNTY USE ONLY

Housing verified: ☐ YES ☐ NO

Total housing: $ _____

Shared housing: ☐ YES ☐ NO

Utilities verified: ☐ YES ☐ NO

Metered: ☐ YES ☐ NO

Client elects
☐ Actual
If Actual, Total Utilities
$_____

☐ SUA
SUA prorated:
☐ YES ☐ NO

☐ F.S. I.D. Issued

CA MC (39) **Որևէ մեկը բժշկական/հղիության աջակցություն ստացե՞լ է այս ամիս կամ այս ամսին նախորդող երեք ամիսների ընթացքում:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք.

ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	Ո՞Ր ԱՄՍՎԱ (ԱՄԻՍՆԵՐԻ) ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ Է ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՑԵԼ	ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄԱՑ ԿԱՏԱՐՎԱԾ ՎՃԱՐՈՒՄՆԵՐԸ		ԴՈՒՔ ՑԱՆԿԱՆՈՒՄ ԵՔ MEDI-CAL ՍՏԱՆԱԼ ԱՅԴ ԱՄԻՍՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ	
		ԱՅՈ	ՈՉ	ԱՅՈ	ՈՉ

COUNTY USE ONLY

Retroactive Application
☐ Retro Only
☐ Retro and Cont.
☐ MC 210A

CA FS MC (40) **Որևէ մեկը MEDICARE-ից վճարում ստանու՞մ է:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք.

ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	MEDICARE ԴԻՄՈՒՄԻ ՀԱՄԱՐԸ	(✔) ԻՆՉՊԵՍ Է ՎՃԱՐՎՈՒՄ ԱՄՍԱԿԱՆ ՎԱՐՁԸ			
		ՄԱՍ	ՊԱՀՎՈՒՄ Է ՉԵԿԻՑ	ԿԱՆԽԻԿ(ԳՐՊԱՆԻՑ)	ԱՅԼ
		ՄԱՍ A			
		ՄԱՍ B			
		ՄԱՍ A			
		ՄԱՍ B			

☐ MEDICARE referral
FS: ☐ DFA 285-C
Gross Premium $ _____
☐ QMB
☐ SLMB/QI
☐ QDWI

CA MC (41) **Որևէ մեկն ունի՞ առողջության, ատամների, տեսողության, հիվանդանոցային կամ երկարաժամկետ խնամքի ապահովագրություն կամ առողջապահական պլան, օրինակ՝ Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS և այլն:** Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք. ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԸ	ԺԱՄԿԵՏԸ	ԳՈՒՄԱՐԸ	ԻՆՉ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ Է ՎՃԱՐՎՈՒՄ
			$	
			$	

State Certified LTC Policy:
☐ YES ☐ NO
☐ DHS 6155
Benefits Paid Out $_____

CA MC (42) **Որևէ մեկն ունի՞ ծնողի, գործատուի կամ բացակա ծնողի շնորհիվ ստացվող առողջության ապահովագրություն, որի համար ինքը չի դիմել:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք.

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՄԱՆ ԵՆԹԱԿԱ ԱՆՁԸ	ԺԱՄԿԵՏԸ	ԳՈՒՄԱՐԸ	ԻՆՉ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ Է ՎՃԱՐՎՈՒՄ
			$	
			$	

☐ DHS 6155

CA MC (43) **Որևէ մեկի առողջության ապահովագրության ժամկետը լրանալու է կամ արդեն լրացե՞լ է վերջին 60 օրվա ընթացքում:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք.

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԸ	ԺԱՄԿԵՏԸ	ԳՈՒՄԱՐԸ	ԻՆՉ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ Է ՎՃԱՐՎՈՒՄ
			$	
			$	

☐ DHS 6155

CA MC (44) **Որևէ մեկը վնասվածքի կամ դժբախտ պատահարի հետևանքով դարձե՞լ է անաշխատունակ (հաշմանդամ), և դա խոչընդոտում է իր աշխատանքին կամ ինքնուրույն սեփական կարիքները հոգալուն:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք.

ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԽՆԴՐԻ ՏԵՍԱԿԸ	Ե՞ՐԲ ՍԿՍՎԵՑ ԽՆԴԻՐԸ	ԱՊԱՔԻՆՄԱՆ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ԺԱՄԱՆԱԿԸ

☐ Third Party Liability

CA FS (45) **A. Որևէ մեկը գտնվու՞մ է այնպիսի բժշկական պայմաններում կամ իրադրությունում, որը պահանջում է ստորև նշվածներից որևէ մեկը:** Նշեք (Y) բոլոր հարցերի համար «ԱՅՈ»-ի կամ «ՈՉ»-ի տակ:

	ԱՅՈ	ՈՉ		ԱՅՈ	ՈՉ
Բժշկի կողմից նշանակված հատուկ դիետա			Կոմունալ ծառայությունների չափազանց ինտենսիվ օգտագործում		
Հատուկ տրանսպորտային կարիք			Հատուկ լվացքատան ծառայություններ		
Հատուկ հեռախոս կամ այլ սարք			Այլ (նշեք).		
Ցնցեսական (տան) աշխատանք (ոչ ոք ընտանիքում չի կարող դա անել)					

Եթե «ԱՅՈ», բացատրեք.

Verified: ☐ YES ☐ NO
Special Need: ☐ YES ☐ NO
Amount: $ _____

CA MC FS **B. Ընտանիքում կա՞ երեխա կամ հաշմանդամ, որը մեկ այլ ընտանիքի անդամի խնամքի կարիք ունի:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», բացատրեք.

CA MC **C. Որևէ մեկը, հաշմանդամ լինելով, աշխատում է և բժշկական ծախսեր ունի (սայլակ և այլն.), որոնք անհրաժեշտ են աշխատանքի համար:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք.

ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԾԱԽՍԻ ՏԵՍԱԿԸ	ԳՈՒՄԱՐ
		$
		$

☐ Receipts
☐ MC 272 ☐ MC 273
☐ IRWE (QMB and SGA)
FS: ☐ DFA 285-C

CA FS **D. Որևէ մեկն օգտվու՞մ է Ընտանեկան աջակցության ծրագրի ծառայություններից:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
Եթե «ԱՅՈ», ո՞վ է օգտվում: _____ **Ամսական որքա՞ն գումար եք վճարում այդ ծառայությունների դիմաց:** $_____

CA (46)	**Ձեր ընտանիքը ցանկանու՞մ է դիմել անսպասելի կամ անսովոր հանգամանքների, այդ թվում երկրաշարժի, հրդեհի կամ հեղեղի հետևանքով կորցված կամ վնասված ապաստարանի կամ անհրաժեշտ կենցաղային պարագաների համար նախատեսված հատուկ կարիքների վճարման համար:** Եթե «ԱՅՈ», մեկնաբանեք ստորև.	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	**COUNTY USE ONLY** Special Need Verified — YES ☐ NO ☐ Eligible for Special Need — YES ☐ NO ☐
CA FS (47)	**Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը խուսափում կամ փախչու՞մ է օրենքից հանցագործության համար, հսկողության տակ է գտնվում հանցագործության մեջ մեղադրվելու հետևանքով կամ խախտում է փորձաշրջանը կամ պայմանական ազատումը:** Եթե «ԱՅՈ», նշեք այդ անձի անունը:	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	
CA FS (48)	**Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը մեղադրվե՞լ է թմրադեղերին առնչվող հանցագործության, այդ թվում հատուկ հսկողության ներքո գտնվող նյութերի օգտագործման կամ տարածման համար: Դրամական աջակցության համար նշեք այն անդամներին, որոնք նման հանցագործության մեջ մեղադրվել են 1998թ. հունվարի 1-ից ի վեր, իսկ պարենային կտրոնների համար՝ այն անձանց, որոնք մեղադրվել են 1996թ. օգոստոսի 22-ից ի վեր:** Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք. ՄԵՂԱԴՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ | ՄԵՂԱԴՐԱՆՔԻ ԱՄՍԱԹԻՎԸ | ՀԱՆՑԱԳՈՐԾՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ		

		ԱՅՈ	ՈՉ	
CA MC (49)	**Ներկայումս կարող եք դիմել ստորև նշված ծառայությունների համար: Ձեր պատասխանները այս բաժնում ազդեցություն չեն գործի Ձեր իրավասության վրա:** Նշեք (Y) բոլոր հարցերի համար «ԱՅՈ»-ի կամ «ՈՉ»-ի տակ:			
	A. Ձեր խնդրանքով, Երեխաների առողջության և հաշմանդամության կանխման ծրագրի (CHDP) միջոցով, կարող են անցկացվել Ձեր ընտանիքի 21-ից ցածր տարիքի անդամների առողջության կանոնավոր ստուգումներ՝ Ձեր ընտանիքի առողջությունն ապահովելու նպատակով:			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____
	• Դուք ցանկանու՞մ եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ CHDP-ի ծառայությունների վերաբերյալ:			☐ CHDP Referral
	• Դուք ցանկանու՞մ եք օգտվել CHDP-ի բժշկական ծառայություններից:			☐ Social Services Referral (MCO)
	• Դուք ցանկանու՞մ եք օգտվել CHDP-ի ատամնաբուժական ծառայություններից:			
	• Դուք բժշկի հետ պայմանավորվելու կամ CHDP-ի ծառայություններից օգտվելու համար տրանսպորտի օգտագործման գործում օգնության կարիք ունե՞ք:			
	B. Դուք ցանկանու՞մ եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ պատվաստման ծառայությունների վերաբերյալ:			☐ Referred for Immuniz.
	C. Եթե Դուք հղի եք, ապա կարող եք աջակցություն ստանալ բժիշկ գտնելու, առողջության համար օգտակար սննդամթերք ձեռք բերելու և այլ խնդիրներ հոգալիս: Դուք ցանկանու՞մ եք որևէ մեկի հետ խոսել այդ մասին:			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
	D. Դուք կերակրող մա՞յր եք:			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
	Եթե «ԱՅՈ», Դուք վերջին 12 ամիսների ընթացքո՞ւմ եք ծննդաբերել:			
	Եթե 49-րդ բաժնի C կամ D կետերի դիմաց նշել եք «ԱՅՈ», ապա կարող եք իրավասու լինել Կանանց, մանուկների և երեխաների համար նախատեսված հատուկ պարենային ծրագրից օգնություն ստանալու համար:			☐ WIC referral
	E. Դուք կամ Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը ցանկանու՞մ է օգտվել ընտանիքի պլանավորման անվճար կամ էժան ծառայություններից՝ չպլանավորված հղիության և/կամ հաջորդ երեխայի պլանավորման գործում աջակցություն ստանալու համար: Եթե «ԱՅՈ», զանգահարեք Ձեր առողջապահական ծրագրի կամ ընտանեկան բժշկին: Կամ՝ ընտանիքի պլանավորման կոնֆիդենցիալ կլինիկայի հասցեն իմանալու կամ գործունեության մասին տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք 1-800-942-1054: Հեռախոսազանգն անվճար է:			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

ՎԱՎԵՐԱՑՈՒՄ

Ես հասկանում եմ, որ՝

- Իմ կողմից տրամադրված բոլոր փաստերը, այդ թվում նաև նպաստներին և եկամուտներին վերաբերող փաստերը համեմատվելու են տեղական, պետական և ֆեդերալ գրանցումների հետ, այն է՝ գործատուներ, Սոցիալական ապահովության գրասենյակ, հարկային, սոցիալական անվտանգության և գործազրկության գործակալություններ, դպրոց և այլն: Ինչ վերաբերում է դրամական աջակցությանը և պարենային կտրոններին, ապա այս գրանցումները ստուգվելու են իրավապահ մարմինների հետ՝ որպես ձերբակալուիթյան հիմք:
- Իմ կողմից տրամադրված բոլոր փաստերը, այդ թվում նաև նպաստներին և եկամուտներին վերաբերող փաստերը, կարող են վերանայվել և ստուգվել տարածքային, պետական և ֆեդերալ մարմինների կողմից, իսկ սխալ տեղեկություններ տրամադրելու դեպքում իմ դրամական աջակցությունը, պարենային կտրոնները և Medi-Cal-ը կարող են մերժվել կամ դադարեցվել:
- Իմ գործը կարող է ուսումնասիրվել՝ նպատակ ունենալով հավաստիանալ, որ իմ իրավասությունը ճիշտ է որոշվել և որ ես պետք է համագործակցեմ տարածքային, պետական և ֆեդերալ մարմինների հետ ցանկացած հետազոտության կամ ուսումնասիրության, այդ թվում նաև որակի հսկողության ընթացքում:
- Տարածքային մարմինը փաստերը կուղարկի Ներգաղթյալների և հպատակագրման ծառայությանը (INS)՝ ներգաղթի կարգավիճակը ստուգելու համար, իսկ INS-ից ստացված տվյալները կարող են ազդեցություն գործել դրամական օժանդակության, պարենային կտրոնների և ամբողջական Medi-Cal-ի համար իմ իրավասության վրա: Սակայն եթե ես դիմում եմ միայն Medi-Cal-ի համար և եթե ես (a) օրինական մշտական բնակիչ չեմ (LPR), (b) վավեր կամ գործող I-688 համաձայն ամնիստիտ չեմ կամ (c) ԱՄՆ-ում PRUCOL-ի համաձայն մշտական բնակիչ չեմ, ապա տարածքային մարմինը փաստերը չի ուղարկի INS:
- Ես պետք է դիմեմ և պահպանեմ առողջությանը վերաբերող ցանկացած փաստաթուղթ, եթե վերջինիս համար գումարներ չեն պահանջվում: Եթե այս պայմանը չկատարեմ, ապա իմ Medi-Cal-ը կմերժվի:
- Ես կամ ընտանիքիս ցանկացած այլ անդամ պետք է հետ վճարի ցանկացած դրամական աջակցություն, որը ես չպետք է ստանայի:
- Պարենային կտրոններից օգտվող ընտանիքը, պարենային կտրոններից օգտվող ընտանիքի մեծահասակ անդամը (նույնիսկ եթե վերջինս լքում է ընտանիքը), ոչ քաղաքացի ընտանիքի հովանավորը կամ բնակիչների լիազոր ներկայացուցիչները պետք է հետ վճարեն ցանկացած նպաստ, որն ընտանիքը չպետք է ստանար:
- Ընտանիքի ցանկացած անդամ, որը խուսափում է օրենքից, ծանր հանցագործության համար դատապարտվելուց, կալանքի կամ դատավճռի կայացումից հետո բանտարկվելուց խուսափելու նպատակով կամ պայմանական ազատման կամ փորձաշրջանի խախտման պատճառով, չի կարող ստանալ դրամական աջակցություն կամ պարենային կտրոն:
- Ցանկացած անձ, որը դատապարվել է թմրադեղերին առնչվող ծանր հանցագործության, այն է՝ վերջիններիս օգտագործման կամ տարածման համար 1996թ. օգոստոսի 22-ից ի վեր, չի կարող ստանալ պարենային կտրոններ, իսկ եթե դատապարտվել է 1998թ. հունվարի 1-ին կամ դրանից հետո, ապա չի կարող ստանալ դրամական աջակցություն:
- Դրամական աջակցության և պարենային կտրոնների համար տարածքային մարմինը պահանջում է, որպեսզի ես և ընտանիքիս անդամները ներկայանանք մատնահետքերը թողնելու և լուսանկարվելու համար: Իմ նպաստները կարող են մերժվել կամ դադարեցվել, եթե ես չհամագործակցեմ նրանց հետ:

Ես հասկանում եմ նաև հետևյալը՝

Ես իրավասու չեմ լինի և/կամ տույժերի կենթարկվեմ, եթե միտումնավոր կերպով այնպիսի սխալ տեղեկություններ կամ փաստեր տրամադրեմ, որոնք ազդեցություն են գործում իմ իրավասության և դրամական աջակցության, պարենային կտրոնների և Medi-Cal-ի նպաստների վրա:

Դրամական աջակցության համար.

- Եթե ես միտումնավոր կերպով չեմ հետևում դրամական աջակցության համար նախատեսված կանոններին, ինձ կարող են տուգանել 10,000 ԱՄՆ դոլարի չափով և/կամ բանտարկել/ազատազրկել 3 տարով: Այդ դեպքում ցանկացած դրամական աջակցություն կդադարեցվի.
  - Բոլոր փաստերը չներկայացնելու կամ սխալ տվյալներ տրամադրելու համար. 6 ամիս առաջին իրավախախտման համար, 12 ամիս երկրորդի համար և ընդմիշտ՝ երրորդի համար, իսկ Փախստականների դրամական աջակցության դեպքում՝ 3 տարի առաջին իրավախախտման համար և 6 ամիս ցանկացած այլ հետագա իրավախախտումների համար:
  - Մեկից ավելի անգամ աջակցություն ստանալու համար միաժամանակ մեկ կամ մի քանի դիմումներ ներկայացնելու դեպքում՝ 2 տարի առաջին դատապարտության դեպքում, 4 տարի երկրորդի դեպքում և ընդմիշտ՝ երրորդի դեպքում:
  - Գողությունների դեպքում աջակցություն ստանալու համար՝ 2 տարի՝ մինչև 2000 ԱՄՆ դոլար գողանալու համար, 5 տարի՝ 2000-4999.99 ԱՄՆ դոլար գողանալու համար և ընդմիշտ՝ 5000 և ավելի ԱՄՆ դոլար գողանալու համար:
  - Միաժամանակ երկու և ավելի տարածքներում կամ նահանգներում աջակցություն ստանալու նպատակով՝ բնակության վայրի, ոչ իրավասու երեխայի կամ գոյություն չունեցող երեխայի մասին սխալ տեղեկություններ տրամադրելու դեպքում, կեղծ ճանապարհով 10.000 ԱՄՆ դոլարից ավելի դրամական օգնություն ստանալու դեպքում, երրորդ անգամ կեղծիքի համար դատապարտվելու կամ վարչական լսումների ենթարկվելու դեպքում, ես կզրկվեմ աջակցությունից ընդմիշտ:

Պարենային կտրոնների համար.

- Եթե ես միտումնավոր կերպով չեմ հետևում պարենային կտրոնների համար նախատեսված կանոններին, ապա ես չեմ ստանա պարենային կտրոններ 12 ամիս առաջին խախտման դեպքում, 24 ամիս երկրորդի դեպքում և ընդմիշտ՝ երրորդի դեպքում: Ինձ կարող են տուգանել 250.000 ԱՄՆ դոլարի չափով և/կամ 20 տարով բանտարկել/ազատազրկել:
- Եթե ինձ որևէ դատարան մեղավոր է ճանաչել ստորև նշված պատճառներից որևէ մեկի համար.
  - Ես վաճառել եմ պարենային կտրոնները հրազեն, զինամթերք կամ պայթուցիկ նյութեր ստանալու համար՝ առաջին իսկ խախտման դեպքում ես ընդմիշտ կզրկվեմ պարենային կտրոններ ստանալու իրավունքից;
  - Ես վաճառել եմ պարենային կտրոնները հատուկ հսկողության տակ գտնվող նյութեր ձեռք բերելու համար, ապա ինձ կդադարեն պարենային կտրոններ տրամադրել առաջին խախտման դեպքում 24 ամիս, իսկ երկրորդի դեպքում՝ ընդմիշտ;
  - Ես վաճառել եմ 500 և ավելի ԱՄՆ դոլար արժեք ունեցող պարենային կտրոնները, ինձ կդադարեն կտրոններ տրամադրել ընդմիշտ;
  - Միաժամանակ երկու և ավելի դիմում եմ ներկայացրել պարենային կտրոններ ստանալու համար և տարածքային մարմնին սխալ տեղեկություններ եմ տրամադրել իմ ինքնության և բնակության վայրի մասին՝ ինձ կդադարեն պարենային կտրոններ տրամադրել 10 տարով:

Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների և Կալիֆորնիա նահանգի օրենսդրության համաձայն սուտ վկայություն տալու դեպքում պատժվելու պայմանով՝ ես հայտարարում եմ, որ փաստարկում ներկայացված տեղեկությունները ճիշտ են և ամբողջական:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (ԾՆՈՂ ԿԱՄ ԽՆԱՄԱԿԱԼ ԲԱՐԵԿԱՄ, MEDI-CAL-Ի ՀԱՄԱՐ ԴԻՄՈՂ, ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆ ՍՏԱՑՈՂ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿ ԱՆԴԱՄ ԿԱՄ ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՀԱՄԱՐ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉ)			ԱՄՍԱԹԻՎ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ԴԻՄԵԼՈՒ ԴԵՊՔՈՒՄ ԱՅԼ ԾՆՈՂ, ՈՐՆ ԱՊՐՈՒՄ Է ԱՅԴ ՏԱՆԸ)	ԱՄՍԱԹԻՎ	ՎԿԱՅԻ, ԹԱՐԳՄԱՆՉԻ ԿԱՄ ԴԻՄՈՂԻ/ՇԱՀԱՌՈՒԻ ԱՆՈՒՆԻՑ ՀԱՆԴԵՍ ԵԿՈՂ ԱՆՁԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՍԱԹԻՎ

COUNTY USE ONLY

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Immunizations						
Citizen/Eligible noncitizen						
School enrollment						
Pregnancy verif./ WIC Referral						
SSN						
Income/ Applicant/Recipient test(s)						
SFIS						
TANF Time Limits						
CalWORKs Time Limits						

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Property/Resources/Within limits						
Work participation						
FSET						
ABAWDs						
CFAP						
Sponsored noncitizen Federal participation established (If NO, explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation						

FOOD STAMP TESTS	YES	NO	NA
Categorically Eligible			
Gross Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Gross Income Eligible			
Separate HH Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Eligible for Separate HH Status			
Aged/Disabled			
DFA 285-C			

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)		
☐ ELIGIBLE ☐ DIVERSION ☐ REDETERMINATION ☐ EXEMPT MAP		AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE ☐ RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE