

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

**ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ CALFRESH
ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ՄԱՍԻՆ**

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

Գործի անունը՝ _____

Ծանուցման ամսաթիվը՝ _____

Գործի համարը՝ _____

Սոցաշխատողի անունը՝ _____

Սոցաշխատողի համարը՝ _____

Հեռախոսահամարը՝ _____

Հասցեն՝ _____

(ADDRESSEE)

[]
[]

Հարցե՞ր: Հարցրեք ձեր սոցաշխատողին:

Նահանգային լսում. Եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալմունք է, կարող եք դիմել լսումների համար: Այդ մասին կարող եք իմանալ՝ կարդալով այս էջի ետևի մասը: Ձեր նպաստները կարող են մնալ անփոփոխ, եթե դուք դիմեք լսումների համար նախքան այս ծանուցումն ուժի մեջ մտնելը:

**CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՁԵՐ ԴԻՄՈՒՄԸ
ՀԱՍՏԱՏՎԵԼ Է.**

Ձեր նպաստների սկզբնական գումարը կազմում է՝ \$ _____
-ի համար: Ձեր նպաստների գումարը ձեր վկայագրման մնացած ժամանակահատվածի
համար կկազմի՝ \$ _____ -ից _____ -ի ընթացքում:

Եթե դուք ՆԱԵՎ ԴԻՄԵԼ ԵՔ CASH AID-Ի ՀԱՄԱՐ, և այն դեռ չի հաստատվել, ապա ձեր CalFresh նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել առանց մեկ այլ ծանուցման, եթե ձեր CashAid դիմումը հաստատվի:

- Ձեր CalFresh իրավունակությունը մեկնարկում է Cash Aid-ի հետ նույն օրը:
- Առաջին ամսվա ձեր նպաստները ներառում են ավելի քան մեկ ամսվա նպաստներ՝ կապված ձեր դիմումի հաստատման օրվա հետ:
- Ձեր առաջին ամսվա նպաստները հատկացվել են ձեր դիմումի ներկայացման օրվանից:

ՔԱՆԻ ՈՐ ԴՈՒՔ ԱՆՄԻՋԱՊԵՍ ՍՏԱՑԵԼ ԵՔ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԸ, վավերացման համար մենք ձեզանից չենք պահանջել հետևյալը՝

Դուք պետք է մեզ վավերացման համար տրամադրեք այն միևնույն _____ -ը կամ ձեր CalFresh իրավունակությունը կդադարեցվի: Դուք չեք ստանա ևս մեկ ծանուցում: Եթե ձեր կողմից ուղարկված վավերացման տվյալները փոխում են ձեր իրավունակությունը կամ նպաստներն, ապա մենք կկատարենք այդ փոփոխությունը: Դուք **չեք** ստանա նախնական ծանուցում մեր կողմից այդ գործողության կատարումից առաջ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Ձեր CalFresh տնային տնտեսությունը կարող է իրավունակ լինել ստանալու վճար «Նահանգային կոմունալ ծառայությունների աջակցության լրավճար» (SUAS) ծրագրից: Եթե իրավունակ եք, ապա վարչաշրջանը կպարզևի \$20.01 SUAS կանխիկ վճար: Սա տարվա կտրվածքով մեկ անգամ տրամադրվող վճար է, և եթե իրավունակ եք, այն փոխանցվում է ձեր CalFresh EBT քարտին: Եթե դուք չունեք EBT հաշիվ, այն պետք է կազմաձևել ձեր CalFresh EBT քարտի համար: Դուք չպետք է որևէ բան կատարեք նոր քարտ ստանալու համար, սակայն դուք կարող եք օգտագործել այդ գումարը վճարելու այն ծախսերը, որոնք այլապես ապահովագրված չեն CalFresh-ի կողմից: Այս վճարը թույլ է տալիս վարչաշրջանին կիրառել կոմունալ ծառայությունների ամենաբարձր նվազեցումը (կոմունալ ծառայությունների ստանդարտ հատուցում - SUA) սննդի նպաստների համար: Դուք կարող եք օգտագործել այս \$20.01 գումարն, երբ օգտվում եք ձեր EBT քարտից: Եթե ցանկանում եք իմանալ ավելին, ապա խնդրում ենք դիմել ձեր վարչաշրջանի տարածքային գրասենյակ:

Կանոններ` Այդ կանոնները կիրառվում են`
Դուք կարող եք վերանայել դրանք ձեր սոցիալական բարեկեցության գրասենյակում:

ՁԵՐ ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Դուք իրավունք ունեք դիմել լսումներ անցկացնելու համար, եթե վարչաշրջանի որևէ գործողության հետ համաձայն չեք: Դուք միայն 90 օր ունեք լսում պահանջելու համար: 90 օրը սկսվում է այս ծանուցումը վարչաշրջանի կողմից Ձեզ տրվելու կամ փոստով ուղարկելու հաջորդ օրվանից: Եթե ունեք հարգելի պատճառ, թե ինչու 90 օրվա ընթացքում Դուք չեք կարողացել դիմել լսումների համար, Դուք դեռ կարող եք դիմել: Հարգելի պատճառ ներկայացնելու դեպքում, լսումները դեռ հնարավոր կլինի ցուցակարգել:

Եթե Դուք դիմեք լսումների համար նախքան Cash Aid (դրամական օգնություն), Medi-Cal, CalFresh կամ Child Care (երեխայի նպաստ) վերաբերյալ գործողություններ իրականացվելը՝

- Ձեր Cash Aid կամ Medi-Cal նպաստները կմնան նույնը, քանի դեռ դուք սպասում եք լսումների:
- Ձեր Child Care ծառայությունները կարող են մնալ անփոփոխ, քանի դեռ դուք սպասում եք լսումների:
- Ձեր CalFresh նպաստները կմնան նույնը մինչև լսումների կամ սերտիֆիկացման ժամկետի ավարտը, որը որ ավելի շուտ տեղի ունենա:

Եթե դատարանը որոշեց, որ մենք ճիշտ ենք, Դուք մեզ պարտք կմնաք Cash Aid, CalFresh կամ Child Care ծառայությունների համար Ձեզ վճարված ցանկացած ավելորդ գումար: Մինչև լսումները Ձեր նպաստները նվազեցնելու կամ դադարեցնելու համար նշեք ստորև՝

Այո, նվազեցնել կամ դադարեցնել՝ Cash Aid CalFresh Child Care

Միևէ դուք սպասում եք լսման որոշմանը՝

Welfare to Work.

Դուք պարտավոր չեք մասնակցել միջոցառումներին:

Միևէ այս ծանուցումը հնարավոր է Դուք ստանաք երեխայի նպաստի վճարումներն աշխատանքի համար և վարչաշրջանի կողմից հաստատված գործունեությունների համար:

Եթե մենք ասում ենք Ձեզ, որ այլ օժանդակ ծառայությունները դադարեցվում են, Դուք այլևս չեք ստանա վճարներ, նույնիսկ եթե Դուք զբաղվեք Ձեր համայնքի աշխատանքներով:

Եթե մենք ասենք Ձեզ, որ մենք կվճարենք Ձեր այլ աջակցման ծառայությունների համար, ապա դրանք պետք է վճարվեն այն գումարի չափով և եղանակով, որը նշված է այս ծանուցման մեջ:

- Այդ օժանդակ ծառայությունները ստանալու համար Դուք պետք է այցելեք այն միջոցառմանը, որը նշանակվել է Ձեզ վարչաշրջանի կողմից:
- Եթե օժանդակ ծառայությունների գումարը, որը վճարվում է վարչաշրջանի կողմից, միևէ Դուք սպասում եք լսումների, թույլ չի տալիս որպեսզի Դուք մասնակցեք, ապա կարող եք դադարել Ձեր մասնակցությունը միջոցառումներին:

Cal-Learn.

- Դուք չեք կարող մասնակցել Cal-Learn ծրագրին, եթե մենք ասում ենք Ձեզ, որ չենք կարող Ձեզ սպասարկել:
- Մենք կվճարենք միայն այն Cal-Learn օժանդակ ծառայությունների համար, որոնք տրամադրվում են հաստատված միջոցառումների դիմաց:

ԱՅԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Medi-Cal-ի Կառավարվող խնամքի պլանի անդամները. Այս ծանուցման մեջ նշված գործողությունը կարող է խանգարել Ձեզ Ձեր կառավարվող բժշկական խնամքի պլանի ծառայություններից օգտվելու: Եթե ունեք հարցեր, կարող եք դիմել Ձեր առողջապահական պլանի անդամակցության հարցերով զբաղվող սպասարկման կենտրոն:

Երեխայի նպաստ և/կամ բժշկական օգնություն. Աջակցման տեղական գործակալությունն անհատույց կօգնի հավաքել ապրուստադրամ, նույնիսկ եթե Դուք դրամական օգնություն չեք ստանում: Եթե նրանք հիմա Ձեզ համար ապրուստադրամ են հավաքում, ապա կշարունակեն հավաքել այնքան ժամանակ, մինչև Դուք գրավոր եղանակով դիմեք՝ այն դադարեցնելու համար: Նրանք կուղարկեն Ձեզ ապրուստադրամի արդեն իսկ հավաքված ընթացիկ գումարը, սակայն կպահեն ուշացված գումարը, որը հավաքվել է, սակայն պատկանում է վարչաշրջանին:

Ընտանիքի պլանավորում. Ձեր բարեկեցության գրասենյակը կտրամադրի տեղեկատվությունն ըստ Ձեր պահանջի:

Լսումների հայտադիմում. Եթե Դուք լսումների համար դիմեք, Նահանգային լսումների ստորաբաժինը կլրացնի նիշք Ձեզ համար: Դուք իրավունք ունեք մինչև լսումները սկսելն այս նիշքին ծանոթանալու, և դատական նիստից առնվազն երկու օր առաջ ստանալու վարչաշրջանի դիրքորոշման գրավոր պատճենը Ձեր գործի նկատմամբ: Նահանգը կարող է տրամադրել Ձեր լսումների նիշքը Բարեկեցության վարչությանը և ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների և Գյուղատնտեսության վարչություններին: **(Բարեկեցության և հաստատությունների մասին օրենքի Բաժիններ 10850 և 10950:)**

ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ԴԻՄԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

- **Լրացրեք այս էջը:**
- Պատճենեք այս էջի առջևի և ետևի մասը Ձեր գրանցումների համար: Դիմելու դեպքում, Ձեր սոցիալական աշխատողը կտրամադրի այս էջի պատճենը:
- **Ուղարկեք կամ տարեք այս էջը.**

ԿԱՍ

- **Չանգահարեք անվճար հեռախոսահամարով՝ 1-800-952-5253**, կամ լսողության կամ խոսելախանգարում ունեցող անձիք կարող են զանգահարել 1-800-952-8349:

Օգնության համար. Դուք կարող եք հարցնել Ձեր լսումների իրավունքների մասին կամ իրավաբանական օգնության ուղեգիր ստանալու համար նահանգի վերոնշյալ անվճար հեռախոսահամարներով: Անվճար իրավաբանական օգնություն կարող եք ստանալ Ձեր տեղական իրավաբանական օգնության կամ բարեկեցության իրավունքների գրասենյակում:

Եթե Դուք չեք ցանկանում գնալ լսմանը մենակ, Ձեզ կարող է ուղեկցել Ձեր ընկերը կամ որևէ այլ անձ:

ԼՍՄԱՆ ՀԱՅՑ

Ես ուզում եմ լսում _____ վարչաշրջանի Բարեկեցության
վարչության գործողությունների պատճառով իմ հետևյալ կետի (կետերի)
վերաբերյալ՝ Cash Aid CalFresh Medi-Cal
 Այլ (թվարկել) _____

Պատճառը. _____

**Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ տարածք, այստեղ նշեք և էջ
ավելացրեք:**

Ես ցանկանում եմ, որպեսզի նահանգն ինձ անհատուկ թարգմանիչ
տրամադրի: (Ազգականը կամ ընկերը չի կարող լսումներին Ձեզ համար
թարգմանել:)

Իմ լեզուն կամ բարբառն է _____

Այն անձի անունը, որի նպաստները մերժվել, փոփոխվել կամ դադարեցվել են		Ճննդյան ամսաթիվ	Հեռախոսահամար
Փողոցի հասցե	Քաղաք	Նահանգ	Փոստային դասիչ
Ստորագրություն			Ամսաթիվ
Հայտադիմումը լրացնող անձի անունը			Հեռախոսահամար

Ես ցանկանում եմ, որ ստորև նշված անձը ներկայացնի ինձ լսմանը: Ես թույլատրում եմ այս անձին ծանոթանալ իմ փաստաթղթերին կամ իմ փոխարեն ներկայանալ լսմանը: (Այս անձը կարող է ընկեր կամ ազգական լինել, սակայն չի կարող ձեզ համար թարգմանել:)

Անուն		Հեռախոսահամար	
Փողոցի հասցե	Քաղաք	Նահանգ	Փոստային դասիչ