

**CALFRESH-Ի ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ
ԱՆՑՈՒՄԱՅԻՆ ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ
ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ/ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ
ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

Ծանուցման ամսաթիվ : _____
Գործի անունը : _____
Գործի համարը : _____
Աշխատողի անունը : _____
Աշխատողի համարը : _____
Հեռախոսահամար : _____
Հասցեն : _____

(Addressee)

[]
[]

Հարցե՞ր ունեք: հարցրեք ձեր սոցաշխատողին:

Նահանգային լսում. Եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, Դուք կարող եք լսում խնդրել: Երրորդ և չորրորդ էջերում նկարագրվում է, թե ինչպես դա անել: Ձեր նպաստները կարող են չփոխվել, եթե Դուք լսում խնդրեք նախքան այս գործողությունը կմտնի ուժի մեջ:

CalFresh անցումային նպաստների հաստատում

Սկսած _____-ից, ձեր CalFresh
ԱԱ/ՕՕ/ԴԴՏՏ

նպաստները կկազմեն ամսեկան \$ _____:

Զանի որ ձեր CalWORKs գործը փակված է եղել, դուք կստանաք CalFresh անցումային նպաստներ: Դուք կստանաք անցումային նպաստները սկսած _____ մինչև _____ ընկած ժամանակահատվածում:

Սա փոխարինում է վավերացման ձեր նախորդ շրջանը: Ձեր նպաստների գումարը փոփոխվել է ձեր CalWORKs եկամուտը կորցնելու պատճառով:

Ձեր CalFresh անցումային շրջանը կավարտվի 5 ամիս հետո, եթե ձեր տնային տնտեսությունը կրկին չի վավերացնում CalFresh նպաստները:

Հաշվետվություններ՝

- Այն տնային տնտեսությունները, որոնք ստանում են CalFresh անցումային նպաստներ, պարտավոր չեն հայտնել կամ տրամադրել վավերացում տնային տնտեսության մեջ ցանկացած փոփոխության մասին մինչև CalFresh անցումային շրջանի ավարտը կամ կրկին վավերացումը:
- Վարչաշրջանը չի գործելու տնային տնտեսության այն փոփոխությունների նկատմամբ, որոնք դուք գեկուցում եք CalFresh անցումային շրջանի 5 ամիսների ընթացքում: Այնուամենայնիվ, մենք խրախուսում ենք հաղորդել վարչաշրջանում ձեր հասցեն փոխելու դեպքում:

Կրկին վավերացում՝

- Եթե ձեր եկամուտը նվազում է, ծախսերն ավելանում են կամ փոփոխվում է տնային տնտեսության չափը մինչև CalFresh անցումային շրջանի 5 ամիսը վերջանալը, դուք կարող եք կրկին վավերացնել ավելի շուտ, քանի որ ձեր CalFresh նպաստները կարող են ավելանալ:
- Անցումային CalFresh-ի ժամանակահատվածում ցանկացած պահի կարող եք պահանջել վերագրանցել սովորական CalFresh-ին: Եթե Անցումային CalFresh-ի ժամանակահատվածի առաջին չորս ամիսների ընթացքում խնդրեք վերագրանցել, Ձեր սովորական CalFresh-ի նպաստները կարող են ցածր լինել ներկայիս Անցումային CalFresh-ի գումարից: Դուք կարող եք հետ կանչել վերագրանցելու Ձեր խնդրանքը, եթե կարծում եք, որ Ձեր նպաստները կնվազեն:
- Եթե Անցումային CalFresh-ի ժամանակահատվածում չ վերագրանցեք, Դուք ծանուցում կստանաք, երբ վերագրանցվելու ժամանակը գա:
- Եթե Դուք դիմում եք և Ձեզ հաստատում են CalWORK-ի համար անցումային CalFresh (Transitional CalFresh) ժամանակահատվածում, ապա Դուք պետք է վերահաստատեք CalFresh-ի համար: Անցումային CalFresh-ը կավարտվի, երբ CalWORKs-ի և կանոնավոր CalFresh նպաստները հաստատվեն, նույնիսկ եթե Ձեր 5 ամիսը չի ավարտվել: Դուք կունենաք նոր CalFresh վավերացման ժամանակահատված:

CalFresh անցումային նպաստների ավարտում

Ակաած _____-ից, ձեր CalFresh
ԱԱ/ՕՕ/ԴԴSS

ընթացիկ անցումային նպաստների նպաստների
ժամկետը կավարտվի:

Ահա թե ինչու՝

- Ձեր հայտադիմումը CalWORKs համար հաստատվել է:
- Ձեր հայտադիմումը CalFresh համար հաստատվել է:
- Ձեր CalWORKs և/կամ CalFresh նպաստները
վերականգնվել են:
- Այլ (տե՛ս ստորև)

Եթե կարծում եք, որ սա սխալմունք է, զանգահարեք
վաչաշրջան:

Կանոններ՝ Այդ կանոնները կիրառվում են՝
Անվանումը 7 CFR §273.26-§273.32: 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 կմասնակցեն, քանի դեռ դուք սպասում եք լսումների:
- Ձեր Child Care ծառայությունները կարող են մնալ անփոփոխ, քանի դեռ դուք սպասում եք լսումների:
- Ձեր CalFresh նպաստները կմասնակցեն 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

Մինչ դուք սպասում եք դատարանի որոշմանը՝

Welfare to Work.

Դուք պարտավոր չեք մասնակցել գործունեություններին:

Մինչև այս ծանուցումը հնարավոր է Դուք ստանաք երեխայի նպաստի վճարումները 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, քանի դեռ դուք սպասում 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 անհատուց 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 նիշը 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 եմ 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 սոցապահովման 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 անհատույց 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		Ծննդյան 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