

ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ Շարունակություն

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

Ծանուցման ամսաթիվը՝ _____
 Գործի անունը՝ _____
 Գործի համարը՝ _____
 Սոցաշխատողի անունը՝ _____
 Սոցաշխատողի համարը՝ _____
 Հեռախոսահամար՝ _____
 Հասցեն՝ _____

(ADDRESSEE)

Հարցեր: Հարցրեք ձեր սոցաշխատողին:

Նահանգային լուր՝ Եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալմունք է, կարող եք դիմել լուրմների համար: Այդ մասին իմացեք 3-րդ էջում: Ձեր նպաստները կարող են մնալ անփոփոխ, եթե դուք դիմեք լուրմների համար նախքան այս ծանուցումն ուժի մեջ մտնելը:

Երբ դուք ստանում եք վճարում ամեն շաբաթ կամ ամեն երկրորդ շաբաթ, ահա թե ինչպես ենք մենք գնահատում ձեր ամսական եկամուտը՝

Առաջին հերթին, մենք կգումարենք այդ ամսում ստացած ձեր բոլոր եկամուտները և կբաժանենք ձեր ստացած \$ ընդհանուր քանակի վրա: Ապա մենք կբազմապատկենք այդ գումարը ամսական վճարումների միջին թվով:

- Եթե դուք ստանում եք վճարն ամեն շաբաթ, դուք կարող եք ստանալ գումար ամիսը 4 կամ 5 անգամ: 4.33 կազմում է ամսական վճարումների միջին թիվը:
- Եթե դուք ստանում եք վճարն ամեն երկրորդ շաբաթ, դուք կարող եք ստանալ գումար ամիսը 2 կամ 3 անգամ: 2.167 կազմում է ամսական վճարումների միջին թիվը:

Ահա ձեր տեղեկատվությունը՝
 _____ Գրանցված եկամուտ

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

+ \$ _____

Ընդամենը գրանցված = \$ _____

գրանցված վճարումների # ÷ _____

Շաբաթական գումար = \$ _____

Բազմապատկած x _____

Ամսական գումար = \$ _____

Կանխիկ դրամական օգնության գումարի չափը**Բաժին A. Հաշվարկային եկամուտ,
Ամիս՝ _____**

1. Ինքնագբաղվածության ընդհանուր եկամուտ \$ _____
2. Ինքնագբաղվածության ծախսեր՝
 - a. 40% ստանդարտ - _____
ԿԱՄ
 - b. Փաստացի - _____
3. Չուտ եկամուտ ինքնագբաղվածությունից = _____
4. Հաշմանդամության հիմքով ստացված չվաստակած ընդհանուր եկամուտ (ՀՉԵ) (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) \$ _____
5. \$500 ՀՉԵ-ի անտեսում (Եթե #4 \$500-ից ավելի մեծ է) - _____
6. Չազատված հաշմանդամության հիմքով ստացած չվաստակած եկամուտ = _____
ԿԱՄ
7. Չօգտագործած ՀՉԵ-ի անտեսում = _____
8. Համախառն եկամուտ ինքնագբաղվածությունից (վերևից) + _____
9. Ընդհանուր այլ վաստակած եկամուտ + _____
10. \$500 չսպառված գումար (#7-ից) - _____
- 11. Միջանկյալ արդյունք** = _____
12. Վաստակած եկամուտի 50%-ի անտեսում - _____
- 13. Միջանկյալ արդյունք** = _____
14. Չազատված հաշմանդամության հիմքով ստացած չվաստակած եկամուտ (#6-ից) + _____
- 15. Միջանկյալ արդյունք** = _____
16. Այլ չազատված եկամուտ (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) + _____
- Չուտ հաշվարկային եկամուտ** = _____

**Բաժին B. Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունը,
Ամիս՝ _____**

1. Առավելագույն դրամական օգնություն _____ մարդ
(Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) \$ _____
2. Հատուկ կարիքներ (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) + _____
3. Չուտ հաշվարկային եկամուտ A Բաժնից - _____
- 4. Միջանկյալ արդյունք** = _____
5. Առավելագույն դրամական օգնություն _____ մարդ (միայն Աջակցության խումբ) (Չհաշված տուգանված անձանց) \$ _____
6. Հատուկ կարիքներ (միայն Աջակցության խումբը) + _____
7. Առավելագույն դրամական օգնության միջանկյալ արդյունքը = _____
- 8. Ամբողջ ամսվա օգնության միջանկյալ արդյունք** (Ամենացածր գումարը՝ տող 4 կամ 7) = _____
9. Տող 8 բաժանված է ամսվա մասի վրա = _____
10. Ճշգրտումներ՝
 - 25% Երեխայի ապրուստադրամի տուգանք(ներ) - _____
 - Այլ տուգանքներ - _____
 - Գերավճար - _____
 - Cal-Learn տուգանքներ - _____
 - Դպրոցի բնույթ (\$100 կամ \$500) + _____
- 11. Կանխիկ դրամական օգնության գումարի չափը** (Տող 8 կամ 9 ճշգրտված է) \$ _____
12. Կանխիկ դրամական օգնության ներկայիս գումարը (Եթե այս թիվն ավելի մեծ է, քան #11, Ձեր կանխիկ դրամական օգնության գումարը չի փոփոխվի) = _____

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 կսնան նույնը, քանի դեռ դուք սպասում եք լսումների:
- Ձեր Child Care ծառայությունները կարող են մնալ անփոփոխ, քանի դեռ դուք սպասում եք լսումների:
- Ձեր CalFresh նպաստները կսնան 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

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:

- Այլ 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 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 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

- **Ձանգահարեք 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 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