

**ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ
ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄ, ԿԱՍԵՑՈՒՄ -
ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԻՐԱԿՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

Ծանուցման ամսաթիվ՝ _____
 Գործի անունը՝ _____
 Գործի համար՝ _____
 Սոցաշխատողի անունը՝ _____
 Սոցաշխատողի համարը՝ _____
 Հեռախոսահամար՝ _____
 Հասցեն՝ _____

(ADDRESSEE)

┌ _____ ┐
 │ _____ │
 └ _____ ┘

Հարցե՞ր: Հարցրեք ձեր սոցաշխատողին:

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

Medi-Cal. Տվյալ ծանուցումը Չի փոխում կամ դադարեցնում Medi-Cal-ի նպաստները: Ձեր Medi-Cal նպաստներում փոփոխություն տեղի ունենալու դեպքում, դուք կստանաք մեկ այլ ծանուցում:

Պահպանեք ձեր նպաստների նույնականացման պլաստիկ քարտը(երը):

Կանոններ. Այդ կանոնները կիրառվում են: Դուք կարող եք դիմել դրանք ձեր սոցիալական բարեկեցության գրասենյակում

Ընդհանուր հաշվարկային եկամուտ

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

17. Երեխայի ապրուստադրամ հավաքվել է Վարչաշրջանի կողմից + _____

18. Ընդհանուր զուտ հաշվարկային եկամուտ = _____

19. Դրամական օգնության առավելագույն վճար
 Առավելագույն դրամական _____ մարդկանց համար (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) \$ _____
 Հատուկ կարիքներ (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) + _____

20. Դրամական օգնության առավելագույն վճար = _____

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

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 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

- **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