

**ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ  
ՄԵՐԺՈՒՄ -  
ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ  
ԻՐԱՎՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

**ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ**

Ծանուցման ամսաթիվ : \_\_\_\_\_  
 Գործի անվանում : \_\_\_\_\_  
 Գործի համար : \_\_\_\_\_  
 Աշխատողի անուն : \_\_\_\_\_  
 Աշխատողի համար : \_\_\_\_\_  
 Հեռախոսահամար : \_\_\_\_\_  
 Հասցե Հեռախոսահամար : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
 │ \_\_\_\_\_ │  
 └ \_\_\_\_\_ ┘

Հարցեր ունե՞ք: Հարցրեք Ձեր աշխատողին:

**Նահանգային լսում. Եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, Դուք կարող եք լսում ինդրել: Էջ 3-ը տեղեկացնում է, թե ինչպես դա անել: Ձեր նպաստները թերևս չփոփոխվեն, եթե Դուք լսում ինդրեք նախքան այս գործողության կատարումը:**

**Medi-Cal:** Այս ծանուցումը Չի փոխում կամ դադարեցնում Medi-Cal նպաստները: Եթե Ձեր Medi-Cal նպաստներում փոփոխություններ կան, Դուք մեկ այլ ծանուցում կստանաք: **Պահեք Ձեր պլաստիկ նպաստների նույնականացման քարտ(եր)ը: Կանոններ.** Այս կանոններն են կիրառվում: Դուք կարող եք ուսումնասիրել դրանք Ձեր բարեկեցության գրասենյակում:

**Չուտ հաշվարկելի եկամուտ**

- 1. Ընդհանուր եկամուտ՝  
ինքնազբաղվածությունից \$ \_\_\_\_\_
- 2. Ինքնազբաղվածության ծախսեր՝
  - a. 40% ստանդարտ  
ԿԱՄ - \_\_\_\_\_
  - b. Փաստացի - \_\_\_\_\_
- 3. Չուտ եկամուտ ինքնազբաղվածությունից = \_\_\_\_\_
- 4. Հաշմանդամության հիմքով ստացված չվաստակած  
ընդհանուր եկամուտ (DBI) (Աջակցության խումբ +  
Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) \$ \_\_\_\_\_
- 5. \$550 DBI անտեսում (Եթե #4-ը  
մեծ է \$550-ից) - \_\_\_\_\_
- 6. Չազատված չվաստակած հաշմանդամության  
հիմքով եկամուտ  
ԿԱՄ = \_\_\_\_\_
- 7. \$550 չօգտագործված  
գումար DBI անտեսում = \_\_\_\_\_
- 8. Ընդհանուր վաստակած եկամուտ \$ \_\_\_\_\_
- 9. Չուտ եկամուտ  
ինքնազբաղվածությունից (վերևից) + \_\_\_\_\_
- 10. Միջանկյալ արդյունք = \_\_\_\_\_**
- 11. \$550 չօգտագործված գումար (#7-ից) - \_\_\_\_\_
- 12. Միջանկյալ արդյունք = \_\_\_\_\_**
- 13. Վաստակած եկամտի 50% անտեսում - \_\_\_\_\_
- 14. Միջանկյալ արդյունք = \_\_\_\_\_**
- 15. Չազատված չվաստակած հաշմանդամության  
հիմքով եկամուտ (#6-ից) + \_\_\_\_\_
- 16. Այլ չազատված չվաստակած եկամուտ  
(Աջակցության խումբ +  
Աջակցություն չցուցաբերող  
խմբի անդամներ) + \_\_\_\_\_
- 17. Երեխայի աջակցություն՝ գանձված  
վարչաշրջանի կողմից + \_\_\_\_\_
- 18. Ընդհանուր զուտ հաշվարկելի եկամուտ = \_\_\_\_\_**

- 19. Առավելագույն աջակցության վճարում**  
Առավելագույն աջակցություն \_\_\_\_\_  
անձի համար (Աջակցության խումբ +  
Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) \$ \_\_\_\_\_  
Հատուկ կարիքներ (Աջակցության խումբ +  
Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) + \_\_\_\_\_
- 20. Առավելագույն աջակցության վճարում = \_\_\_\_\_**

## 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 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 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
Հայտադրված 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