

**ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ
ՄԵՐԺՈՒՄ -
ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ
ԻՐԱՎՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

Ծանուցման ամսաթիվ : _____

Գործի անվանում : _____

Գործի համար : _____

Աշխատողի անուն : _____

Աշխատողի համար : _____

Չեռախոսահամար : _____

Չապցե Չեռախոսահամար : _____

(ADDRESSEE)

┌ _____ ┐

└ _____ ┘

┌ _____ ┐

└ _____ ┘

Չարցեր ունե՞ք: Չարցրեք 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 ինդրելք 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. \$500 DBI անտեսում (Եթե #4-ը
մեծ է \$500-ից) - _____
- 6. Չազատված չվաստակած հաշմանդամության
հիմքով եկամուտ
ԿԱՄ = _____
- 7. \$500 չօգտագործված
գումար DBI անտեսում = _____
- 8. Ընդհանուր վաստակած եկամուտ \$ _____
- 9. Չուտ եկամուտ
ինքնազբաղվածությունից (վերևից) + _____
- 10. Միջանկյալ արդյունք = _____**
- 11. \$500 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:

- 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.**

ԿԱՄ

- **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
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