

**ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ (շարունակելի)**

**ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ**

Անբավարար վճարված գումարի չափը (Այն անբավարար վճարումների համար, որոնք տեղի են ունեցել 6-1-2020-ից մինչև 5-31-2021-ը տեղ գտած գործազրկությունների համար)

Ծանուցման ամսաթիվը \_\_\_\_\_  
 Գործի անունը \_\_\_\_\_  
 Գործի համարը \_\_\_\_\_  
 Սոցաշխատողի անունը \_\_\_\_\_  
 Սոցաշխատողի համարը \_\_\_\_\_

**Անբավարար վճարման ամիս և տարի  
 Բաժին A. Հաշվարկային եկամուտ, Ամիս**

1. Ինքնազբաղվածությունից ստացված 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 (Եթե #4 \$500-ից ավելի մեծ թիվ է)	-			
6. Չազատված հաշմանդամության հիմքով ստացված չվաստակած եկամուտ ԿԱՍ	=			
7. Չօգտագործած ՀՉԵ-ի անտեսում	=			
8. Չուտ եկամուտ ինքնազբաղվածությունից (վերևից)	+			
9. Ընդամենն այլ վաստակած եկամուտ	+			
10. \$500-ի չափով չսպառված գումար (#7-ից)	-			
<b>11. Միջանկյալ արդյունք</b>	<b>=</b>			
12. Վաստակած եկամտի անտեսում 50%	-			
<b>13. Միջանկյալ արդյունք</b>	<b>=</b>			
14. Չազատված հաշմանդամության հիմքով ստացված չվաստակած եկամուտ (#6-ից)	+			
<b>15. Միջանկյալ արդյունք</b>	<b>=</b>			
16. Այլ չազատված եկամուտ (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ)	+			
<b>Չուտ հաշվարկային եկամուտ</b>	<b>=</b>			

**Բաժին B. Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունը, Ամիս՝ \_\_\_\_\_**

1. Առավելագույն դրամական օգնության _____ մարդ (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ)	\$			
2. Հատուկ կարիքներ (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ)	+			
3. Չուստ հաշվարկային եկամուտ A Բաժնից	-			
<b>4. Միջանկյալ արդյունք</b>	=			
5. Առավելագույն դրամական օգնություն _____ մարդ (միայն Աջակցության խումբ) (Չհաշված տուգանվածների)	\$			
6. Հատուկ կարիքներ (միայն Աջակցության խումբ)	+			
7. Առավելագույն դրամական օգնության միջանկյալ արդյունքը	=			
<b>8. Ամբողջ ամսվա օգնության միջանկյալ արդյունք</b> (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 բոնուս (\$100 կամ \$500)	+			
<b>11. Ամենամսյա կանխիկ դրամական օգնության գումարի չափը</b> (Տող 8 կամ 9 ճշգրտված է)	\$			
<b>12. Անբավարար վճարում</b>				
Կանխիկ դրամական օգնության ճիշտ գումարի չափը	\$			
Ձեզ վճարված կանխիկ դրամական օգնությունը	-			
<b>Միջանկյալ արդյունք</b>	=			
<b>13. Ձեզ վճարված կանխիկ դրամական օգնությունը</b>	\$			
Ձեզ համար հավաքված աջակցման վճարումները	-			
<b>Միջանկյալ արդյունք</b>	=			
<b>14. Յուրաքանչյուր ամսվա համար անբավարար վճարված գումարը</b>	=			

**ԸՆԴԱՄԵՆՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐ ՎՃԱՐՈՒՄ (ԲՈԼՈՐ ԱՄՍԻՆԵՐԸ) \$ \_\_\_\_\_**

Կանոններ. Այդ կանոնները կիրառվում են: Դուք կարող եք դիմել դրանք ձեր Բարեկեցության գրասենյակում՝ MPP 44-340, SB 80 (Գլուխ 27, 2019թ. օրենսդրական ակտեր):

**Լահանգային լուսն. Եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալմունք է, կարող եք դիմել լուսնների համար: Այդ մասին իմացեք 3-րդ էջում:**

## 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 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 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