ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

CALFRESH-Ի ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ ԶԵԿՈՒՅՑՈՂ ԿԵՆՑԱՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Ծանուցման ամսաթիվը `
Գործի անվանումը `
Համարը `
Աշխատողի անունը `
Համարը `
Հեռախոսը `
Հասցեն `

(ADDRESSEE)

Եթե հարցեր ունեք կամ լրացուցիչ տեղեկություն եք ցանկանում այս գործողության վերաբերյալ, խնդրում ենք դիմել Ձեր աշխատողին:

Նահանգային լսում. Դուք կարող եք լսում պահանջել, եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, եթե իհարկե արդեն լսում չեք ունեցել Ձեր պարտք եղած գումարի թեմայով: Սույն էջի հետևի կողմում բացատրվում է՝ ինչպես: Ձեր նպաստները չեն կարող փոխվել, եթե Դուք լսում եք պահանջում, նախքան այս գործողության իրականացումը:

☐ **ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ**

Սկսած_____-ից՝ Ձեր CalFresh նպաստները փոխվում են ամսական $_____-ից $_____-ի, քանի որ.

☐ Ձեզ արդեն տեղեկացրել էին ավելորդ CalFresh նպաստների տրամադրման մասին, և Դուք պակաս CalFresh նպաստներ եք ստանում, քանի որ վարչաշրջանը նվազեցնում է Ձեր ամսական մասնաբաժինը 10%-ով կամ $10-ով (որը որ ավելի բարձր է), որպեսզի հետ վճարի CalFresh նպաստների համար, որոնք Դուք ստացել եք, սակայն չպետք է ստանայիք: Դատարանը կամ նահանգային լսումը որոշել են, կամ քանի որ Դուք ստորագրել եք Որակազրկման համաձայնության համաձայնագիր կամ Ադմինիստրատիվ որակազրկման լսման հրաժարում, որ այս ավելորդ նպաստների տրամադրումը Ծրագրի միտումնավոր խախտում է (Intentional Program Violation, IPV): Այժմ Ձեր ամսական մասնաբաժինը փոխվում է, քանի որ վարչաշրջանը կարող է սկսել նվազեցնել Ձեր մասնաբաժինը 20%-ով կամ $10-ով (որը որ ավելի բարձր է): Եթե Ձեր ամսական CalFresh մասնաբաժինը որևէ այլ փոփոխությունների ենթարկվի, մենք Ձեզ կտեղեկացնենք այդ մասին:

☐ **ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ**

Սկսած_____-ից՝ Ձեր CalFresh նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել, քանի որ Ձեր շարունակվող իրավասությունը կամ նպաստների ճիշտ քանակը որոշելու համար պահանջվող տեղեկությունները չեն ստացվել Ձեր Փոփոխության զեկույցի հետ (CF 377.5 CR): Մենք պետք է ստանանք հետևյալ տեղեկությունները ոչ ուշ, քան հաջորդ ամսվա առաջին օրը.

Եթե պահանջվում է ծախսի ստուգում, իսկ Դուք չեք տրամադրում այն, ապա ծախսը չի թույլատրվի՝ հաջորդ ամսվա նպաստները հաշվարկելիս: Բացի դրանից, եթե Դուք չեք տրամադրում այլ պահանջվող տեղեկությունները, Ձեր նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել:

Կանոններ. այս կանոնները կիրառվում են հետևյալ գործողությանը(ներին). Կարող եք դրանց ծանոթանալ Ձեր վելֆերի գրասենյակում:

☐ **ՆՊԱՍՏՆԵՐԸ ՉԵՆ ՓՈԽՎՈՒՄ**

Ձեր CalFresh նպաստները չեն փոխվել մեր ստացված փաստաթղթի(երի)/տեղեկության հիմունքով, քանի որ.

☐ **ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄ**

Սկսած_____-ից՝ Ձեր CalFresh նպաստները դադարեցվում են, քանի որ.

☐ Հիմնվելով Ձեր նպաստների դադարեցման պատճառի վրա, Ձեր կենցաղը նաև որակազրկվում է CalFresh ծրագրին մասնակցելուց մինչև _____: Դուք կարող եք կրկին դիմել նպաստների համար այս որակազրկման ժամկետից հետո:

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ

Դուք իրավունք ունեք դատաքննություն պահանջելու, եթե համաձայն չեք տարածաշրջանի որևէ որոշման հետ: Դուք ընդամենը 90 օր ունեք դատաքննություն պահանջելու համար: 90 օրը սկսվում է տարածաշրջանի կողմից այս ծանուցումը Ձեզ տալու կամ ուղարկելու հաջորդ օրվանից: Եթե Դուք հարգելի պատճառ ունեք, թե ինչու ի վիճակի չեք եղել դիմել դատաքննության համար 90 օրվա ընթացքում, ապա դեռ կկարողանաք դիմել դատաքննության համար: Եթե հարգելի պատճառ ներկայացնեք, դատաքննությունը կարող է նշանակվել:

Եթե դատաքննություն պահանջեք մինչև Cash Aid-ի, Medi-Cal-ի, CalFresh-ի կամ Child Care-ի որոշման ուժի մեջ մտնելը,

- Ձեր Cash Aid-ը կամ Medi-Cal-ը նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը:
- Ձեր Child Care ծառայությունները նույնը կմնան քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը:
- Ձեր CalFresh-ի նպաստները նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը կամ Ձեր արտոնագրման ժամանակաշրջանի վերջը՝ կախված այն բանից, թե որը ավելի շուտ տեղի կունենա:

Եթե դատաքննության վճիռը որոշի, որ մենք ճիշտ էինք, Դուք մեզ պարտք կլինեք Ձեր ունեցած լրացուցիչ Cash Aid-ը, CalFresh-ը կամ Child Care ծառայությունը: Որպեսզի մեզ թույլ տաք նվազեցնել կամ դադարեցնել Ձեր նպաստները մինչև դատաքննությունը, նշեք հետևյալը՝

Այո, նվազեցրեք կամ դադարեցրեք. ☐ Cash Aid-ը ☐ CalFresh-ը ☐ Child Care-ը

Քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննության վճռին՝

Welfare to Work-ի համար

Կարող եք չմասնակցել գործունեություններին:

Կարող եք երեխայի խնամքի վճարումներ ստանալ աշխատանքի և այնպիսի գործունեությունների համար, որոնք տարածաշրջանի կողմից հաստատվել էին մինչև այս ծանուցումը:

Եթե մենք Ձեզ հայտնել էինք, որ Ձեր այլ օժանդակող սպասարկումների վճարումները կդադարեն, Դուք այլևս վճարումներ չեք ստանա, նույնիսկ եթե հաճախեք Ձեր գործունեություններին:

Եթե մենք Ձեզ հայտնել էինք, որ կվճարենք Ձեր այլ օժանդակող սպասարկումների համար, նրանք կվճարվեն այն գումարով և այն կարգով, որ մենք Ձեզ հայտնել ենք այս ծանուցման մեջ:

- Այս օժանդակող սպասարկումները ստանալու համար պետք է հաճախեք այն գործունեություններին, որ տարածաշրջանը Ձեզ ասել էր, որ հաճախեք:
- Եթե տարածաշրջանի վճարած օժանդակող սպասարկումների գումարը դատաքննության Ձեր սպասման ընթացքում չի բավարարում, որ Դուք մասնակցեք, ապա կարող եք դադարել գործունեությանը հաճախել:

Cal-Learn-ի համար.

- Դուք չեք կարող մասնակցել Cal-Learn ծրագրին, եթե մենք Ձեզ հայտնել ենք, որ չենք կարող Ձեզ սպասարկել:
- Մենք միայն կվճարենք Cal-Learn-ի հաստատված գործունեության օժանդակող սպասարկումների համար:

ԱՅԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Medi-Cal ղեկավարված խնամքի ծրագրի անդամներ. Այս ծանուցման որոշումը կարող է Ձեզ կանխել Ձեր ղեկավարված խնամքի առողջապահական ծրագրից սպասարկումներ ստանալուն: Ձեզ թերևս հարկավոր լինի կապվել Ձեր առողջապահական ծրագրի անդամության ծառայության հետ, եթե հարցեր ունեք:

Երեխայի և/կամ բժշկական օժանդակություն. Երեխաների օժանդակության տեղական գործակալությունը անվճար կարգով կօգնի օգնություն ստանալ, նույնիսկ եթե Դուք կանխիկ փողի օգնություն չեք ստանում: Եթե նրանք այժմ օգնություն են Ձեզ համար ստանում, նրանք դա կշարունակեն մինչև որ Դուք նրանց գրավոր կերպով տեղեկացնեք, որ դադարեն: Նրանք Ձեզ կուղարկեն ներկայումս հավաքած օգնության գումարը, բայց կպահեն այն գումարը, որ պարտք եք տարածաշրջանին:

Ընտանիքի պլանավորում. Ձեր սոցապահովության գրասենյակը Ձեզ տեղեկություններ կտրամադրի, թե երբ Դուք այն խնդրեք:

Դատաքննության նշոց. Եթե Դուք դատաքննություն պահանջեք, Նահանգի դատաքննության գրասենյակը նշոց կստեղծի: Դուք իրավունք ունեք նշոցը տեսնել մինչև դատաքննությունը և Ձեր գործի վերաբերյալ տարածաշրջանի գրավոր դիրքորոշման օրինակը ստանալ առնվազն երկու օր մինչև դատաքննությունը: Նահանգը կհանձնի դատաքննության Ձեր նշոցը Սոցապահովության բաժնին և ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների և Գյուղատնտեսության բաժիններին: **(W&I օրենքի հատված 10850 և 10950:)**

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՋԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

- **Լրացրեք այս էջը:**
- Պատճենահանեք այս էջի առջևի և հակառակ կողմերը Ձեզ մոտ պահելու համար:
  Եթե խնդրեք, Ձեր գործի ղեկավարը կտա Ձեզ այս էջի օրինակը:
- **Փաթեթն ուղարկեք կամ տարեք.**

ԿԱՄ

- **Զանգահարեք անվճար հեռախոսահամարով՝ 1-800-952-5253 կամ** լսողության կամ խոսալու դժվարություններ ունեցողները, ովքեր գործածում են TDD՝ **1-800-952-8349** հեռախոսահամարով:

Օգնություն ստանալու համար. Ձեր դատաքննության իրավունքների կամ իրավական աջակցություն ստանալու համար կարող եք դիմել վերոհիշյալ անվճար հեռախոսահամարներով: Դուք կարող եք անվճար իրավական աջակցություն ստանալ Ձեր տեղական իրավական աջակցության կամ սոցապահովության իրավունքների գրասենյակից:

Եթե դատաքննությանը մենակ չեք ուզում գնալ, կարող եք մի ընկերոջ կամ որևէ մեկին բերել Ձեզ հետ:

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴՐԱՆՔ

Ես դատաքննություն են ցանկանում _____ տարածաշրջանի Սոցապահովության բաժնի որոշման պատճառով, որը վերաբերվում է իմ

☐ Cash Aid-ին ☐ CalFresh-ին
☐ Medi-Cal-ին ☐ Այլ (թվարկեք) _____

ԱՀԱ, ԹԵ ԻՆՉՈՒ _____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ **Եթե լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, նշեք այստեղ և էջ ավելացրեք:**

☐ Ինձ հարկավոր է, որ նահանգը ինձ անվճար թարգմանիչ տրամադրի: (Ազգականը կամ ընկերը չեն կարող թարգմանել Ձեզ համար դատաքննության ժամանակ:)

Իմ լեզուն կամ բարբառն է. _____

ԱՅՆ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՐՄ ՆՊԱՍՏԸ ՄԵՐԺՎԵԼ Է ԿԱՄ ԴԱԴԱՐԵՑՎԵԼ

ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ	
ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ	
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՍԱԹԻՎ
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ ԼՐԱՑՆՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ

☐ **Ես ցանկանում եմ, որ ներքևում նշված անձը ներկայացնի ինձ այս դատաքննությանը: Ես թույլտվություն եմ տալիս այս անձին տեսնել իմ գրանցումները կամ իմ համար գնալ դատաքննության: (Այս անձը կարող է ընկեր կամ ազգական լինել, բայց չի կարող թարգմանել Ձեզ համար:)**

ԱՆՈՒՆ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ	
ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ	