

**CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ
ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ ԿԻՍԱՄՅԱԿԱՅԻՆ
ԶԵԿՈՒՅՑ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆՈՂ
ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ**

Ծանուցման թվականը _____
Գործի անվանումը _____
Համարը _____
Սոցիալական աշխատողի անունը _____
Համարը _____
Ջեռախոս _____
Հասցեն _____

(ADDRESSEE)

[Empty address box]

Եթե հարցեր ունեք կամ լրացուցիչ տեղեկություններ եք ուզում ստանալ այս գործողության մասին, դիմեք Ձեր սոցիալական աշխատողին:

Նահանգային լուսմներ. Դուք կարող եք լուսմ պահանջել, եթե կարծում եք, որ գործողությունը սխալ է: Լուսմ պահանջելու կարգը նկարագրված է այս էջի դարձերեսին: Եթե արդեն լուսմ եք ունեցել հետ գանձվող գերավճարման պատճառի հարցով, ապա չեք կարող նոր լուսմ պահանջել, եթե չեք կարծում, որ CalFresh նպաստների նոր գումարը, որը ստանում եք գերավճարի գանձման պատճառով, սխալ է հաշվարկված:

ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ

Սկսած _____-ից, Ձեր CalFresh նպաստները \$ _____-ից փոխվել են \$ _____-ի յուրաքանչյուր ամսվա համար, որովհետև՝

Ձեզ արդեն ասվել է CalFresh նպաստների գերավճարման մասին, և Դուք ավելի քիչ CalFresh նպաստներ եք ստանում, քանի որ Վարչական շրջանը նվազեցնում է Ձեր ամսական հատկացումը 10%-ով կամ \$10-ով (նայած, թե որ գումարն է ավելի մեծ)՝ որպես փոխհատուցում CalFresh նպաստների, որոնք ստացել եք, բայց չպիտի ստանայիք: Դատարանը կամ նահանգային լուսմը որոշել է, կամ որովհետև Դուք ստորագրել եք «Իրավազրկման համաձայնություն» համաձայնագիր կամ «Հրաժարում վարչական իրավազրկման գործով լուսմներից», որ այս գերավճարումը ծրագրի միտումնավոր խախտման (Intentional Program Violation, IPV) արդյունք է: Այժմ Ձեր ամսական հատկացումը փոխվում է, որովհետև Վարչական շրջանը կարող է սկսել հատկացման նվազեցում 20%-ով կամ \$10-ով (նայած, թե որ գումարն է ավելի մեծ): Եթե որևէ այլ փոփոխություններ կան Ձեր CalFresh նպաստների ամսական հատկացման մեջ, այս ձևում նշված կլինի այդ մասին:

ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ

Սկսած _____-ից, Ձեր CalFresh նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել, որովհետև Ձեր շարունակելի իրավունակության կամ նպաստների ճիշտ գումարի որոշման համար անհրաժեշտ տեղեկությունները չէին ստացվել Ձեր «Իրավունակության կարգավիճակի կիսամյակային զեկույցի» (SAR 7) միջոցով: Մենք պետք է ստանանք հետևյալ տեղեկությունները ոչ ուշ, քան հաջորդ ամսվա առաջին օրը՝

Եթե պահանջվի ծախսը հաստատող փաստաթուղթ, և եթե այն չտրամադրեք, ծախսը հաշվի չի առնվի Ձեր նպաստները հաշվարկելիս: Բացի այդ, եթե չտրամադրեք այլ պահանջվող տեղեկություններ, Ձեր նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել:

Սկզբունքներ. Այս սկզբունքներն են գործում վերը նշված գործողության (գործողությունների) համար՝
Դուք կարող եք դրանք ուսումնասիրել առցանց կամ ձեր սոցիալական օգնության գրասենյակում:

ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՈՉ ՄԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ

Այս ժամանակաշրջանի ընթացքում Ձեր CalFresh նպաստները չփոխվեցին մեր ստացած փաստաթղթի (փաստաթղթերի) կամ տեղեկությունների արդյունքում, որովհետև՝

Բոլոր փոփոխությունները, որոնք զեկույցել էիք կամավոր, պետք է նորից զեկույցվեն Ձեր հաջորդ «Կիսամյակային զեկույցի» (SAR 7) մեջ ներկայացնելով նաև փոփոխության ապացույց:

ԴԱՂԱՐԵՑՈՒՄ

Սկսած _____-ից, Ձեր CalFresh նպաստները դադարեցված են, որովհետև՝

Հաշվի առնելով Ձեր նպաստների դադարեցման պատճառը՝ Ձեր ընտանիքը նույնպես զրկվել է CalFresh ծրագրին մասնակցելու իրավունքից մինչև _____: Դուք կարող եք նպաստների համար նորից դիմել այս իրավազրկման ժամանակաշրջանի վերջում:

ՄԵԿՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

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: Արպեսզի 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 սոցալապահության 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 Սոցալապահության բաժնին և ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների և Գյուղատնտեսության բաժնիներին: **(W&I օրենքի հատված 10850 և 10950):**

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՁԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

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

ԿԱՍ

- **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 սոցալապահության 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 Սոցալապահության 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 ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՒՄՆԴԱՍՏԸ ՄԵՐԹՎԵԼ Է ԿԱՍ ԴԱՏԱՔՆՆՈՒՄԸ

ՕՆԼԱՅՆ ԹԻՎ	ՇԵՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆԴԵՔՍ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՄԱԹԻՎ	
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒԴՅՈՒՆ ԼՐԱՆՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՇԵՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ	
<input type="checkbox"/> 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	ՇԵՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆԴԵՔՍ