

# ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ CALFRESH ԳԵՐԱՎՃԱՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՄԻԱՅՆ ԱԴՄԻՆԻՍՏՐԱՏԻՎ ՍԽԱԼՆԵՐԻ (ԱՎ) ՀԱՄԱՐ

Ծանուցման ամսաթիվը : \_\_\_\_\_  
 Գործի անվանումը : \_\_\_\_\_  
 Համարը Աշխատողի անունը : \_\_\_\_\_  
 Համարը : \_\_\_\_\_  
 Գեռախոսը : \_\_\_\_\_  
 Հասցեն : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

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

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

\_\_\_\_\_

**Նահանգային լսում. Եթե Դուք կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, ապա Դուք կարող եք պահանջել նահանգային լսում: Սույն էջի հետևի մասում բացատրվում է՝ ինչպես: Ձեր նպաստները չեն կարող փոխվել, եթե Դուք լսում եք պահանջում, նախքան այս գործողության իրականացումը:**

Շատ CalFresh-ի նպաստներ են տրամադրվել՝

- Ձեր կենցաղին:
- Այն կենցաղին, որին Դուք հովանավորել եք:

Ահա, թե ինչու.

Չգեկուցված ստացված եկամուտը բավարար չէ 20% նվազեցման համար:  
 \$ \_\_\_\_\_ հավելյալ CalFresh-ի նպաստներ են տրամադրվել \_\_\_\_\_ ժամանակահատվածի համար:

Կենցաղը ստացել է \$ \_\_\_\_\_ CalFresh-ի նպաստ:

Կենցաղը պետք է ստանար \$ \_\_\_\_\_ CalFresh-ի նպաստ: \$ \_\_\_\_\_ (հավելյալ CalFresh-ի նպաստներ) այն է, ինչ Դուք ստացել եք՝ հանած այն գումարը, որը Դուք պետք է ստանայիք:

Այս գումարը պակասեցվել է \$ \_\_\_\_\_, քանի որ մենք հետվճարման ենթակա գումարի մի մասը: Դուք այժմ պարտք եք \$ \_\_\_\_\_:

**Ծանոթացեք, թե ինչպես ենք մենք ստացել հավելյալ գումարը, որը Դուք տեսնում եք այս ծանուցման հետ Ձեզ տրամադրված աշխատաթերթիկի վրա:**

### ՀԵՏՎՃԱՐՈՒՄ

**Դուք պետք է հետ վճարեք CalFresh-ի հավելյալ նպաստները:**

1. Դուք կարող եք վճարել հավելյալ CalFresh-ի նպաստներն ամբողջությամբ, կամ
2. Լրացրեք, ստորագրեք և վերադարձրեք կցված Հետվճարման պայմանագրի ձևը (CF 377.7E1) և կատարեք վճարում համաձայն պայմանավորվածության, կամ
3. Եթե Դուք չստորագրեք և չվերադարձնեք պայմանագիրը սույն ծանուցումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում, և Դուք ստանում եք CalFresh նպաստները, ապա մենք գումարը կգանձենք Ձեր նպաստներից:
  - Ձեզանից չի պահանջվում օգտագործել ստացված որևէ SSI նպաստ սույն գերավճարը մարելու համար:
  - Հավաքագրումը կկատարվի կենցաղի բոլոր չափահաս անդամներից գերավճարի հայտնաբերման դեպքում:
  - Եթե Դուք չեք ստանում CalFresh-ի նպաստներ, ապա Ձեր ԱՎ գերավճարը ենթակա է հետ վերադարձման, եթե այն գերազանցում է \$125:

### ՀԱՎԱՔԱԳՐՄԱՆ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐ՝

- Ձեր վճարման պայմանագիրը հիմնված է լինելու Ձեր ընթացիկ վճարունակության վրա, որը սահմանվում է վարչաշրջանի կողմից: Ձեր վճարունակության ցանկացած փոփոխություն կարող է ազդել Ձեր ամսական վճարումների վրա:
- Եթե Դուք չվճարեք, ապա վարչաշրջանը կարող է պարտավորության գումարը հավաքագրելու այլ միջոցներ կիրառել, օրինակ՝ դատարանի միջոցով, հավաքագրման այլ գործակալությունների միջոցով և դաշնային իշխանության հավաքագրման եղանակով:
- Եթե այս սխալը հետագայում դատարանի կողմից կամ դատական գործի լսման արդյունքում դիտարկվի որպես Ձեր սխալ, ապա կկիրառվեն տուգանքներ, նույնիսկ եթե Դուք համաձայնեք հետ վճարել պարտավորության գումարը:
- Եթե հետվճարման մասին պահանջը դառնա չբավարարված կամ կենցաղի նկատմամբ դատական գործ հարուցվի, ապա Ձեզանից կարող է պահանջվել վճարել հավելյալ ծախսեր գործընթացի կազմակերպման համար կամ դատական գործընթացի ծախսեր:
- Եթե Դուք չեք վճարում պարտավորության գումարը, ապա վարչաշրջանը կարող է վերցնել Ձեր նահանգային/դաշնային եկամտահարկի փոխհատուցումը և/կամ խնդրել դատարանին բռնագանձել Ձեր աշխատավարձը կամ որևէ սեփականություն:

**Կ ա ն ո ն ն Ե Ր.** Այս կանոնները կիրառվում են. MPP 63-801.22, 63-801.4, 63-801.43, 63-801.7. Դուք կարող եք դրանց հետ ծանոթանալ Ձեր վարչաշրջանի գրասենյակում:

### Հարցեր ունե՞ք: Հարցրեք Ձեր աշխատողին:

**Ուշադրություն.** Եթե Դուք կարծում եք, որ սույն գերավճարը սխալ է, ապա սա Ձեր՝ լսում պահանջելու վերջին հնարավորությունն է: Եթե Դուք շարունակում եք օգտվել CalFresh-ի ծրագրից, ապա վաղաշրջանը կարող է հավաքագրել գերավճարը՝ նվազեցնելով Ձեր ամսական նպաստի չափը: Եթե Դուք դուրս եք գալիս CalFresh ծրագրից նախքան գերավճարի մարումը և չեք կատարում մարման համար անհրաժեշտ միջոցառումներ, Վարչաշրջանը կարող է Ձեր պարտքը վերցնել նահանգային/դաշնային եկամտահարկի փոխհատուցման գումարից՝ համաձայն օրենսդրության:

# 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 Մոցապահության 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 մոտ 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 ԻՆՉՈՒՆ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 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 ԴԱՏԱՔՆՆՈՒՆԵՐԸ		
ՕՆԼԱՅՆ ԹԻՎ	ՇԵՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆՎԵՔՍ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՄԱԹԻՎ	
ԱՅՍ ԶԵՎԱԹՈՒԴՅՈՒՆ ԼՐԱՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ		
ՇԵՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ		

**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	ԻՆՎԵՔՍ