

ԴԻՍՈՒՄ CALFRESH ԱՂԵՏԻ ԾՐԱԳՐԻ ՀԱՍԱՐ

ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱԸՐՁԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ
CASE NUMBER
WORKER
DATE RECEIVED

Աղետի նպաստի ժամանակահատված՝ \_\_\_\_\_ մինչև \_\_\_\_\_

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ - ՈՒՇԱԴԻՐ ԿԱՐԴԱՑԵՔ

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ՝ ՈՐՊԵՍ ԴԻՍՈՐԴ ԿԱՍ ՍՏԱՑՈՐ.

- Սպասարկվելու առանց ռասայական, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, կրոնական, բաղաբաղական պատկանելիության, սեռի, հաշմանդամության կամ տարիքային խտրականության, և բողոք ներկայացնելու, երբ դուք զգում եք, որ ձեր հանդեպ խտրականություն է դրսևորվում:
• Ստանալու CalFresh աղետի նպաստները՝ դիմումը ներկայացնելու ամսաթվից մեկից երեք օրացուցային օրվա ընթացքում, եթե դուք իրավասու եք:
• Չբողոքելու Սոցիալական ապահովման վարչաշրջանային բաժնի հետ ձեր գործին առնչվող յուրաքանչյուր որոշման մասին և պահանջելու նահանգային լսում՝ դիմումի հաստատումից կամ մերժումից հետո 90 օրվա ընթացքում:
• Ձեր դիմումի մերժման դեպքում՝ ստանալու դրա անհապաղ վերանայում վերահսկիչի կողմից:
• Բողոք ներկայացնելու կամ նահանգային լսում պահանջելու՝ գրելով Սոցիալական ապահովման վարչաշրջանային բաժնի կամ զանգահա թելով անվճար 1-800-952-5253 հեռախոսահամարով: Խուլերի համար (TDD) անվճար հեռախոսահամարն է՝ 1-800-952-8349:
• Ներկայացնելու ինքնեղ ձեզ նահանգային լսման ժամանակ կամ լինելու ներկայացված կենցաղի անդամի, ընկերոջ, իրավաբանի կամ այլ անձի կողմից:
• Այս դիմումը ձեր կենցաղի մեկ այլ անդամի կամ ձեզ ծանոթ մեկ այլ չափահասի կողմից լրացվելու: Եթե այն լրացված է ձեր կենցաղի անդամ չհանդիսացող չափահասի կողմից, կցեք դրան կենցաղի գլխի կամ կենցաղի մեկ այլ չափահաս անդամի կողմից ստորագրված գրավոր վավերացում:

- Դուք կարող եք լիազորել որևէ մեկին ստանալու կամ օգտագործելու ձեր CalFresh աղետի նպաստները: Եթե ցանկանում եք լիազորել որևէ մեկին, լրացրեք ստորև ներկայացված տվյալները՝

ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՈՒ ԱՆՈՒՆ ԳԵՂԱՆՈՒՄԱՅԱՄԱՐ
ՀԵՂԱՆՈՒՄԱՅԱՄԱՐ

ՀԱՍՏԵՆ՝ ՆԵՐՈՒՅԱԼ ԶԱՆՔԸ ԵՎ ՓՈՏՍԱՑԻՆ ԿՈՐԸ

☐ ՎԵՐԳԵՔ ՄԻԱՅՆ EBT ԶԱՐՏԸ ☐ ՎԵՐԳԵՔ EBT ԶԱՐՏԸ, ՈՐՊԵՍԻՍ ԱՆՈՒՆ ԳՆԵՎԵՐՈՒ ՀԱՄԱՐ

ՊԱՏԻՑՆԵՐԻ ՆԱԽԱՉԳՈՐԾԱՑՈՐՄ

Եթե ձեր ԿԵՆՑԱԳԸ ՍՏԱՆՈՒՄ Է CALFRESH ԱՂԵՏԻ ՆՊԱՍՏՆԵՐ, ԴՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ՀԵՏԵՎԵՔ ՍՏՈՐԵՎ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎԱԾ ԿԱՆՈՆՆԵՐԻՆ: ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՉԶԵԿՈՒՑԵԼԸ ԿԱՍ ՓԱՍՏԵՐԻ ՄԻՏՈՒՄՆԱԿՈՐ ԽԵՂԱԹՅՈՒՐՈՒՄԸ ԿԱՐՈՂ Է ՀԱՆԳԵՑՆԵԼ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՀԵՏԱՊՆԴՄԱՆ, ՈՐԸ ՊԱՏԾԵԼԻ Է ՏՈՒԳԱՆՔՈՎ, ԱԶԱՏԱԶՐԿՄԱՍԲ ԿԱՍ ԵՐԿՈՒՄՆ ԷԼ ՄԻԱՍԻՆ: ՊԱՏԻՑԸ ԿԱՐՈՂ Է ԲԵՐԵԼ ԾՐԱԳՐԻ ՈՐԱԿԱԶՐԿՄԱՆ, ՄԻՆՉԵՎ \$250,000 ՏՈՒԳԱՆՔԻ ԵՎ ՄԻՆՉԵՎ 20 ՏԱՐԻ ԱԶԱՏԱԶՐԿՄԱՆ: ՈՐԱԿԱԶՐԿՄԱՆ ՊԱՏԻՑԸ ԿԱԶՄՈՒՄ Է 12 ԱՄԻՍ ԱՆԱԳՑԻՆ ԽԱՆՏՄԱՆ ՀԱՄԱՐ, 24 ԱՄԻՍ ԵՐԿՐՈՐԴ ԽԱՆՏՄԱՆ ՀԱՄԱՐ, և ՄՇՏԱԿԱՆ ՈՐԱԿԱԶՐԿՈՒՄ ԵՐՐՈՐԴ ԽԱՆՏՄԱՆ ՀԱՄԱՐ:

- Մի ներկայացրեք կեղծ տեղեկություն կամ մի թաքցրեք տեղեկություն, որպեսզի ստանաք CalFresh աղետի նպաստներ:
• Մի փոխանակեք կամ վաճառեք ձեր CalFresh աղետի նպաստներ կամ որևէ այլ թողարկման սարք:
• Մի փոխեք ձեր EBT բարտը կամ որևէ այլ թողարկման սարք, որպեսզի ստանաք CalFresh աղետի նպաստներ, որոնց ստանալու լիարժեքն է:
• Մի օգտագործեք CalFresh աղետի նպաստները զննելու համար չորակավորվող պարագաներ, ինչպես օրինակ՝ ոգելից խմիչքներ կամ ծխախոտ:
• Մի օգտագործեք որևէ մեկի EBT բարտը կամ որևէ այլ թողարկման սարք ձեր կենցաղի համար:

ՁԵՐ ՊԱՐՏԱԿՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ՝ ՈՐՊԵՍ ԴԻՍՈՐԴ ԿԱՍ ՍՏԱՑՈՐ.

- Պատասխանելու հարցերին հնարավորինս ճշմարտացի և ամբողջական: Եթե դուք իրաժարվում եք տրամադրել որևէ անիրաժեշտ տեղեկություն, դուք չեք ստանա CalFresh աղետի նպաստներ:
• Ձեր հարցազրույցի ժամանակ դուք պետք է հաստատեք կենցաղի գլխի ինքնությունը, դիմումը լրացնող անձի ինքնությունը, և եթե հնարավոր է, աղետի պահին կենցաղի բնակության և/կամ աշխատանքի վայրի հասցեի ապացույցը:
• Դուք պետք է համագործակցեք վարչաշրջանային, նահանգային և դաշնային անձնակազմի հետ, եթե դուք ընտրվել եք վերանայման համար աղետի ժամանակաշրջանից հետո:

ՀՐԱՅԱԼԳՆԵՐ: Խնդրում ենք լրացնել այս ձևում տրված հարցերը ձեր ակնկալվող հանգամանքների վերաբերյալ աղետի նպաստի վերոնշյալ ժամանակահատվածում:

ԱՆՈՒՆ (ԿԵՆՑԱԳԻ ԳԼՈՒՄ)
ՄՇՏԱԿԱՆ ԲԱՎԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՑԵՆ ԱՂԵՏԻ ՊԱՐԻՆ
ԺԱՄԱՆԱԿԱԿՈՐ ՀԱՍՑԵ
ՓՈՏՍԱՑԻՆ ՀԱՍՑԵ
ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՀԱՍՑԵՆ ԱՂԵՏԻ ՊԱՐԻՆ

ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱԸՐՁԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

☐ Disaster Application
Can the identity of the authorized representative be verified?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Is work address in the disaster area?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Can the household's residence be verified?
☐ YES ☐ NO
Type of verification

ՄԱՍ Ա – ԿԵՆՑԱԳՐԻ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ: (Դուք պետք է կշռեք Այո կամ Ոչ յուրաքանչյուր հարցի համար)

- 1. Արդյո՞ք ձեր կենցաղից որևէ մեկը ապրում ☐ աշխատում էր ☐ կամ երկուսը միասին ☐ (կշռեք համապատասխան վանդակը) աղետի գոտում աղետի պահին:
2. Դուք չեք կարող ստանալ ձեր կենցաղի եկամուտը կամ կանխիկ դրամական միջոցները: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
3. Ձեր եկամուտը կամ կանխիկ դրամական միջոցներն արդյո՞ք նվազեցվել, հետաձգվել կամ դադարեցվել են աղետի պատճառով: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
4. Դուք սնունդ զննելու՞ եք կամ կերակուր պատրաստելու՞ եք աղետի նպաստի ժամանակահատվածում: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
5. Ձեր կենցաղում որևէ մեկն աշխատում է \_\_\_\_\_: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

CALFRESH ՎԱՐՉԱԸՐՁԱՆԱՅԻՆ/ ՆԱԿԱԳԱՅԻՆ ԳՈՐԾԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՎԱՆՈՒՄԸ

**ՄԱՍ Բ – ԿԵՆՑԱՐԻ ԱՆՂԱՄՆԵՐ**

5. Թվարկեք բոլոր այն անդամների անունները, ովքեր դիմում են CalFresh աղետի նպաստների համար: Ներառեք միայն այն անձանց, ովքեր ձեզ հետ էին ապրում աղետի պահին: Եթե դուք աղետի պատճառով ժամանակավորապես բնակվում եք մեկ այլ կենցաղում, մի թվարկեք այդ կենցաղի անդամներին: \*Ձեր Սոցիալական ապահովության համարն (SSN) ասելը կամավոր է: Այն կօգտագործվի միայն նույնականացման նպատակներով:

ԱՆՈՒՆ (ԿԵՆՑԱՐԻ ԳՆՈՒՆ) (49)		SSN*	ԵՆՆՐՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻԿ
a.			
ԱՆՈՒՆ	ԿԱՊԸ ԿԳ-Ի ՅԵՏ	SSN*	ԵՆՆՐՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻԿ
b.			
ԱՆՈՒՆ	ԿԱՊԸ ԿԳ-Ի ՅԵՏ	SSN*	ԵՆՆՐՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻԿ
c.			
ԱՆՈՒՆ	ԿԱՊԸ ԿԳ-Ի ՅԵՏ	SSN*	ԵՆՆՐՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻԿ
d.			
ԱՆՈՒՆ	ԿԱՊԸ ԿԳ-Ի ՅԵՏ	SSN*	ԵՆՆՐՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻԿ
e.			
ԱՆՈՒՆ	ԿԱՊԸ ԿԳ-Ի ՅԵՏ	SSN*	ԵՆՆՐՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻԿ
f.			
ԱՆՈՒՆ	ԿԱՊԸ ԿԳ-Ի ՅԵՏ	SSN*	ԵՆՆՐՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻԿ
g.			

**ՄԱՍ Գ - ԵԿԱՄՈՒՏ/ԴՐԱՍՍԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐ/ԾԱՆՍԵՐ**

6. a. Ինչքա՞ն է մաքուր աշխատավարձի ընդհանուր գումարը կամ այլ եկամուտը, որը ստացել են կամ կստանան վերոնշյալ բոլոր անձիք աղետի նպաստի ժամանակահատվածում: \$ \_\_\_\_\_  
 b. Թվարկեք ձեր եկամտի բոլոր աղբյուրները՝

7. Թվարկեք բոլոր կանխիկ դրամական միջոցները, որոնք կկարողանան ստանալ վերոնշյալ անձիք աղետի նպաստի ժամանակահատվածում: Մի ներառեք որևէ դրամ, որը չէր կարող լինել համար 6-ում:

Կանխիկ դրամ	Խնայողական հաշվեհամարներ	Հաշվարկային հաշվեհամարներ	այլ
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. Գրեք աղետի հետ կապված կորուստների կամ վնասների ծախսերի գումարը, որը դուք վճարել եք կամ ակնկալում եք վճարել աղետի ժամանակահատվածում: Մի թվարկեք այն գումարները, որոնք վճարվելու են մեկ այլ անձի կողմից, ով չէր վճարում ձեր համարը, կամ որոնք կփոխհատուցվեն աղետի ժամանակահատվածում: Իրավասու ծախսերը կարող են ներառել հետևյալից որոշները՝

a. Կենցաղի տանը կամ այլ գույքի հասցրած վնասների վերանորոգման ծախսեր, որոնք ես կամ են կենցաղի անդամի զբաղվածության կամ ինքնազբաղվածության համար: \$ \_\_\_\_\_

b. Ժամանակավոր կացարանի ծախսեր, եթե տունն անբնակելի է, կամ կենցաղը չի կարող այնտեղ հասնել: \$ \_\_\_\_\_

c. Ծախսեր աղետի հետևանքով տարհանման տարածքից տեղափոխման համար: \$ \_\_\_\_\_

d. Աղետի վնասներից տան կամ բիզնեսի պաշտպանության ծախսեր: \$ \_\_\_\_\_

e. Անձնական վնասվածքների հետ կապված բժշկական ծախսեր: \$ \_\_\_\_\_

f. Աղետի հետ կապված հուղարկավորության ծախսեր: \$ \_\_\_\_\_

g. Աղետի հետ կապված տնային կենդանիների ապաստարանի վարձեր: \$ \_\_\_\_\_

h. Ծախսեր՝ կապված անիրաժեշտ անձնական ու կենցաղային պարագաների փոխարինման հետ, ինչպես օրինակ՝ հագուստ, սարքեր, գործիքներ և ուսուցողական նյութեր: \$ \_\_\_\_\_

i. Վառելիք առաջնային ջերմության աղբյուրի համար: \$ \_\_\_\_\_

j. Մաքրության պարագաների ծախսեր: \$ \_\_\_\_\_

k. Աղետից վնասված մեքենայի ծախսեր: \$ \_\_\_\_\_

l. Պահեստավորման ծախսեր: \$ \_\_\_\_\_

9. a. Վերոնշյալներից որևէ մեկը ներկայումս ստանում ե՞ք CalFresh նպաստներ:  ԱՅՈՒ  ՈՉ  
 Եթե այո, Ո՞վ \_\_\_\_\_ Վարչաշրջան \_\_\_\_\_ Նահանգ \_\_\_\_\_ Ամսական հատկացում \$ \_\_\_\_\_

b. Նրանք այս ամիս ինդոք՞ են կամ ստացել են CalFresh փոխարինող նպաստներ:  ԱՅՈՒ  ՈՉ  
 Եթե այո, ինչքա՞ն են նրանք ստացել կամ ստանալու: \_\_\_\_\_

**ՁԵՐ ՀԱՎԱՍՏՈՒՄԸ**

Ես հավաստում եմ, որ ես հասկանում եմ դիմումում նշված հարցերը, և որ իմ կենցաղն ունի CalFresh աղետի նպաստների կարիք: Ես կարողացել եմ վերոնշյալ Պատիժների նախազգուշացումը (կամ այն կարողացել է ինձ համար): Ես լիազորում եմ որևէ տեղեկության բացահայտում, որն անհրաժեշտ է իմ իրավասության ճշտությունը որոշելու համար: Եթե ես ընտրվեմ, ես լիովին կհամագործակցեմ վարչաշրջանային, նահանգային և դաշնային անձնակազմի հետ աղետի նպաստի ժամանակահատվածից հետո անցկացվող վերանայման հարցում: Ես նաև հասկանում եմ, որ ինձանից կարող է պահանջվել հետ վճարել այն նպաստները, որոնք գերավճարվել են, քանի որ ես, կենցաղի մեկ այլ չափահաս անդամ կամ լիազորված ներկայացուցիչ սխալ կամ ոչ ամբողջական տեղեկություն է տրամադրել:

Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների և Կալիֆորնիայի նահանգի օրենքները խախտելու պատժի ներքո՝ ես հայտարարում եմ, որ իմ դիմումում պարունակվող տվյալները ճշմարիտ են, ստույգ և ամբողջական:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (ԿԵՆՑԱՐԻ ԶԱՓԱՅԱ ԱՆՂԱՄ ԿԱՍ ԼԻԿԶՈՐԿԱՏ ՆԵՐԿԱՅԱՅՈՒՑԻՉ)	ԱՄՍԱԹԻԿ	WORKER'S SIGNATURE	DATE
ՎԿԱ, ԵԹԵ ԴՈՒՔ ՍՏՈՐԱԳՐԵԼ ԵՔ «X»-ՈՎ	ԱՄՍԱԹԻԿ	SUPERVISOR'S SIGNATURE	DATE

**ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱՆԵՐՁԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ**

Household size for the number of persons listed in 5 \_\_\_\_\_

Computation

A. Anticipated Income (from 6) \$ \_\_\_\_\_

B. Accessible Cash Resources + (from 7) \$ \_\_\_\_\_

C. Total disaster period income (A+B) = \$ \_\_\_\_\_

D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) - \$ \_\_\_\_\_

E. Accessible disaster period income (C-D) = \$ \_\_\_\_\_

F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ \_\_\_\_\_

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible:  YES  NO Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) \$ \_\_\_\_\_

2. Regular Allotment Already Received - \$ \_\_\_\_\_

3. Net Disaster Allotment (1-2) = \$ \_\_\_\_\_

EBT Card Number issued # \_\_\_\_\_

YES  NO