STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ՊԱՐԵՆԱՏՈՄՍԱՅԻՆ ՄԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ ՄԻԱՅՆ ԾՐԱԳՐԻ (IPV) ՄԻՏՈՒՄՆԱՎՈՐ ԽԱԽՏՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

ԳՈՐԾԻ ՀԱՄԱՐԸ

ԾԱՌԱՅՈՂ

ԱՆՈՒՆԸ

ԳՈՐԾԻ ԱՆՈՒՆԸ

ՀԱՍՑԵ

ԺԱՄԿԵՏՆԵՐ և ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ

Դուք կամ Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը միտումնավոր խախտել եք պարենատոմսային նպաստի ծրագրի կանոնները: Դուք պարտավոր եք մարել ավել ստացված պարենատոմսային նպաստը` օգտագործելով մեկ կամ մի քանի միջոցներ, որոնք այստեղ նշված են:

1. **Խոշոր գումարի մուծումներ** - Դուք կարող եք վճարել ամբողջ գումարը կանխիկ և/կամ պարենատոմսային նպաստներով:
2. **Նպաստի պակասեցում** - Եթե Դուք շարունակում եք ստանալ պարենատոմսային նպաստ, Դուք կարող եք վերադարձնել ամբողջ գումարը կամ պարտքի մի մասը` պակասեցնելով Ձեր ընտանիքի նպաստների գումարը: Եթե Դուք ընտրեք տվյալ միջոցը, ապա Ձեր վճարման գումարը ամսեկան կկազմի Ձեր ամսեկան նպաստի 20 % կամ $20, նայած թե որ գումարը կլինի ավելին:
3. **Մասերով վճարում** - Դուք կարող եք վճարել պարտքի գումարը մաս – մաս, այն բաժանելով որոշակի ամսեկան վճարների կանխիկ գումարի տեսքով, և/կամ պարենատոմսային նպաստներով:
4. **Հարկադիր մարում**:

☐ Դատարանը կամ Վարչական Իրավունքի դատավորը կարգադրել է Ձեզ մարել պարտք ստորև նշված կարգով: Մարման այս պայմանները չեն կարող փոխվել Ձեր կամ քաունթիի կողմից:

Եթե մենք առայժմ չենք կապվել Ձեզ հետ տվյալ Համաձայնագրի պայմանների առընչությամբ, կամ եթե Դուք ունեք հարցեր, զանգահարեք սոցապահովման հավաքիչին հետևյալ հեռախոսահամարով ___________________________:

Այն բանից հետո, երբ Դուք կլրացնեք և կստորագրեք սույն Համաձայնագիրը, վերադարձրեք բոլոր պատճենները քաունթիին, կցված ծրարով: <u>Այս համաձայնագրի հետ փոստով կանխիկ գումար կամ պարենատոմսային նպաստ մի ուղարկեք:</u> Քաունթիում հավանություն ստանալուց հետո Համաձայնագրի ստորագրված պատճեն կուղարկվի Ձեզ:

ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ

Ես _________________________________, գիտակցում եմ, որ տվյալ Համաձայնագրը կնքված է իմ և ____________________ քաունթիի միջև $ ____________ ավել նպաստի գումար ստանալու պատճառով: Ես համաձայն եմ վերադարձնել տվյալ գումարը ստորև նշված որևէ միջոցով.

☐ Խոշոր գումարի մուծումներ

- ☐ Ես կմարեմ պարտքը կանխիկ դրամի խոշոր գումարով $________________ամսի________________________________ .
- ☐ Ես կմարեմ պարտքը կտրոնների խոշոր գումարով $_________________ամսի________________________________ .

☐ Նպաստի պակասեցում

- ☐ Ես կմարեմ պարտքը իմ ընտանիքի նպաստի պակասեցման հաշվին, մուծելով $ ___________ ամեն ամիս, սկսած _________________:

☐ Մասերով վճարում

- ☐ Ես կմարեմ պարտքը ամեն ամիս կանխիկ գումարով $___________ ամսվա __________ օրը, սկսած _________________:
- ☐ Ես կմարեմ պարտքը ամեն ամիս կտրոններով $___________ ամսվա __________ օրը, սկսած ______________________:

Ես նույնպես գիտակցում եմ և համաձայն եմ որ.

1. Իմ պարտքի մարման գրաֆիկը հիմնված է իմ ներկայիս հնարավորությունների վրա, հաշվարկված քաունթիի կողմից: Իմ ֆինանսական հնարավորությունների ցանկացած փոփոխություններ կարող են փոփոխել իմ ամենամսյա մուծումները:
2. Եթե տեղի ունենան ինչ – որ փոփոխություններ, ես կարող եմ դիմել քաունթիին վերը նշված պայմանները փոփոխելու հարցով:
3. Եթե ես չեմ վճարում համաձայնեցված ձևով և չեմ դիմում պարտքի մարման համար նոր միջոցների, ապա օկրուգը կարող է պարտավորեցնել ինձ վճարել ամբողջ գումարը անմիջապես:
4. Եթե ես չեմ վճարում համաձայնեցված ձևով և քաունթին դատական հայց է ներկայացնում ինձ` պարտքի գանձման նպատակով, ապա, շատ հնարավոր է, որ ես պարտավորված լինեմ վճարել դատարանի բոլոր ծախսերը, կապված պարտքի գանձման հետ, փաստաբանի ծառայությունները և դատական ծախսերը:
5. Եթե ես չեմ վճարում պարտքը, քաունթին կարող է պահել իմ պարտքը եկամտահարկի վերադարձման գումարից և/կամ պահանջել դատարանից կալանավորել իմ աշխատավարձը կամ ինձ պատկանող ցանկացած սեփականություն:
6. Եթե վճարումը չի կատարվի մինչև պարտքի մարման ամսաթիվը և կլինի ժամկետանց, ապա իմ հանդեպ կարող են օգտագործվել պարտքը հարկադիր գանձելու ուրիշ միջոցներ:
7. Եթե ես նույնիսկ համաձայնվեմ վճարել պարտքի գումարը, իմ հանդեպ կգործածվեն տուգանային պատժամիջոցներ (IPV) ` կանոնները միտումնավոր խախտելու համար:

Ստորագրություն | Թվական | Քաունթի

To be completed by the county:

The above signed Agreement has been accepted by____on ___________________________ Date

for ______________________ County. Payments should be made at:

____

(Signature of Authorized County Official)