

Ծանուցման ամսաթիվը \_\_\_\_\_  
 Գործի անունը \_\_\_\_\_  
 Գործի համարը \_\_\_\_\_  
 Աշխատակցի անունը \_\_\_\_\_  
 Համար/ID \_\_\_\_\_  
 Հետախուսահամարը \_\_\_\_\_  
 Շուրջօրյա տեղեկատվություն \_\_\_\_\_  
 Հասցե \_\_\_\_\_

Հարցն ը Հարցրեք Ձեզ սպասարկող Աշխատակցին կամ  
 գանգահարեք վերը նշված հետախուսահամարով:

**Պետական լուսններ՝** Եթե Դուք կարծում  
 եք, որ այս որոշումը սխալ է, Դուք կարող եք  
 լուսններ պահանջել: Այս էջի հետևանաատում  
 գրված է, թե ինչպես Դուք դա կարող եք անել:  
 Ձեր նպաստները, հնարավոր է, չփոփոխվեն,  
 եթե Դուք լուսններ պահանջեք նախքան այս  
 որոշման կայացումը:

Ձեկույց եկամուտների վերաբերյալ, որոնք, ըստ Ձեր  
 սպասումների, չեն փոխվելու: Եթե Դուք վճարվում  
 եք շաբաթը կամ երկու շաբաթը մեկ անգամ, ապա  
 Ձեր ամսական եկամուտը հաշվարկվում է հետևյալ  
 եղանակով.

Նախ և առաջ, մենք հաշվում ենք ամսվա  
 ընթացքում Ձեր կողմից ստացված ողջ եկամուտի  
 հանրագումարը և բաժանում Ձեր կողմից ստացված  
 վճարումների ընդհանուր քանակի: Այնուհետև,  
 մենք բազմապատկում ենք այդ գումարը մեկ ամսում  
 ստացվող վճարումների միջին քանակով:

- Եթե Ձեզ վճարում են շաբաթը մեկ անգամ, ապա  
 մեկ ամսվա ընթացքում կատարվող վճարումների  
 քանակը կարող է կազմել 4 կամ 5: Մեկ ամսվա  
 ընթացքում կատարվող վճարումների միջին  
 քանակը 4.33 է:
- Եթե Ձեզ վճարում են երկու շաբաթը մեկ անգամ,  
 ապա մեկ ամսվա ընթացքում կատարվող  
 վճարումների քանակը կարող է կազմել 2 կամ 3:  
 Մեկ ամսվա ընթացքում կատարվող վճարումների  
 միջին քանակը 2.167 է:

Ահա Ձեր տվյալները.  
 \_\_\_\_\_ Ձեկուցված եկամուտ \_\_\_\_\_ \$

Ընդամենը գեկուցվել է \_\_\_\_\_ \$  
 Ձեկուցված վճարումների քանակը \_\_\_\_\_ \$  
 Շաբաթական գումարը \_\_\_\_\_ \$  
 Բազմապատկված \_\_\_\_\_ \$  
 Ամսական գումարը \_\_\_\_\_ \$

**Ամսական դրամական օգնության գումարը**

- Բաժին Ա. Հաշվելի եկամուտ, հետևյալ ամսվա համար** \_\_\_\_\_
1. Ամսական աշխատանքային գործունեությունից ստացվող ընդհանուր եկամուտը ...\$ \_\_\_\_\_
  2. Ամսական աշխատանքային գործունեության անդամությամբ կատարվող ծախսերը.
    - a. 40% Ստանդարտ .....\$ \_\_\_\_\_  
 ԿԱՄ
    - b. Փաստացի .....\$ \_\_\_\_\_
  3. Ամսական աշխատանքային գործունեությունից ստացվող գուտ հասույթը .....\$ \_\_\_\_\_
  4. Անաշխատունակության վրա հիմնված ընդհանուր չվաստակած եկամուտը  
 (Total Disability-Based Unearned Income, (DBI))  
 (Օժանդակման միավորի անդամ հանդիսացող և չհանդիսացող անձիք) .....\$ \_\_\_\_\_
  5. \$225 DBI-ի չհաշվարկվող գումար (եթե #4-ը գերազանցում է \$225-ը) .....\$ \_\_\_\_\_
  6. Անաշխատունակության վրա հիմնված, հաշվառումից չզատված  
 չվաստակած եկամուտը .....\$ \_\_\_\_\_  
 ԿԱՄ
  7. DBI-ի չհաշվարկվող գումարը, որը չի օգտագործվել (մինչև \$112) .....\$ \_\_\_\_\_
  8. Ամսական աշխատանքային գործունեությունից ստացվող գուտ հասույթը  
 (ըստ վերը նշվածի) .....\$ \_\_\_\_\_
  9. Այլ վաստակած ընդհանուր եկամուտը .....\$ \_\_\_\_\_
  10. \$225-ի չօգտագործված մասը (ըստ #7 կետի) կամ \$112  
 (որն ավելի փոքր է) .....\$ \_\_\_\_\_
  11. Հանրագումար .....\$ \_\_\_\_\_
  12. Վաստակած եկամուտի չհաշվարկվող գումարի 50%: .....\$ \_\_\_\_\_
  13. Հանրագումար .....\$ \_\_\_\_\_
  14. Անաշխատունակության վրա հիմնված, հաշվառումից չզատված  
 չվաստակած եկամուտը (ըստ #6 կետի) .....\$ \_\_\_\_\_
  15. Հանրագումար .....\$ \_\_\_\_\_
  16. Հաշվառումից չզատված այլ եկամուտ (Օժանդակման միավորի անդամ  
 հանդիսացող և չհանդիսացող անձիք) .....\$ \_\_\_\_\_

**Հաշվելի գուտ եկամուտ** \_\_\_\_\_

- Բաժին Բ. Ձեր դրամական օգնության չափը, հետևյալ ամսվա համար** \_\_\_\_\_
1. Օգնություն ստացող անձանց առավելագույն քանակը  
 (Օժանդակման միավորի անդամ հանդիսացող և չհանդիսացող անձիք) .....\$ \_\_\_\_\_
  2. Հատուկ կարիքներ (Օժանդակման միավորի անդամ հանդիսացող  
 և չհանդիսացող անձիք) .....\$ \_\_\_\_\_
  3. Հաշվելի գուտ եկամուտը ըստ Ա Բաժնի (վերևում) .....\$ \_\_\_\_\_
  4. Հանրագումար .....\$ \_\_\_\_\_
  5. Օգնություն ստացող անձանց առավելագույն քանակը  
 (միայն Օժանդակման միավորի անդամների համար)  
 (Բացառությամբ MFG կամ տույժի ենթարկված անձանց) .....\$ \_\_\_\_\_
  6. Հատուկ կարիքներ (միայն Օժանդակման միավորի անդամների համար) .....\$ \_\_\_\_\_
  7. Առավելագույն օգնություն, հանրագումար .....\$ \_\_\_\_\_
  8. **Ամբողջ ամսվա օգնություն, հանրագումար**  
 (Տող 4-ի կամ 7-ի նվազագույն գումարը) .....\$ \_\_\_\_\_
  9. Տող 8 համաչափ հաշվարկված ամսվա մի մասի համար .....\$ \_\_\_\_\_
  10. Շտկումներ՝ 25% Երեխայի խնամքի տույժ(եր) .....\$ \_\_\_\_\_  
 Այլ տույժեր .....\$ \_\_\_\_\_  
 Գերվճարում .....\$ \_\_\_\_\_  
 Դարոցային նպաստ (\$100 կամ \$500) .....\$ \_\_\_\_\_
  11. **Ամսական դրամական օգնության գումարը**  
 (Տող 8 կամ 9 շտկված) .....\$ \_\_\_\_\_
  12. Ընթացիկ դրամական օգնության չափը (Եթե այդ գումարը գերազանցում է  
 #11 տողում նշված գումարը, ապա Ձեր դրամական օգնության չափը չի փոխվի) .....\$ \_\_\_\_\_

# 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 դատաքննության պահանջեր մինչև Cash Aid-ի, Medi-Cal-ի, CalFresh-ի (Ուտելիքի կտրոն), 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-ը (Ուտելիքի կտրոն) նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը կամ Ձեր արտոնագրման ժամանակաշրջանի վերջը՝ կախված այն բանից, թե որը ավելի շուտ տեղի կունենա:

Եթե դատաքննության վճիռ որոշի, որ մենք ճիշտ էինք, Դուք մեզ պարտք կլինեք Ձեր ունեցած լրացուցիչ Cash Aid-ը, CalFresh (Ուտելիքի կտրոն) 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 (Ուտելիքի կտրոն)  Child Care-ը

## Քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննության վճիռին՝

### 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: Եթե նրանք Ձեզ կողարկեն 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 անմիջապես երկու օր մինչև դատաքննությունը: Նահանգը կհանձնի դատաքննության Ձեր նշոցը Սոցապահովության 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 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 (Ուտելիքի կտրոն)  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. \_\_\_\_\_

ՄՅԼ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆ, ՈՒՄՆԴԱՍՏԸ ՄԵՐԺԿԵԼ Ե ԿԱՄ ԴՆԱՐԵՑԿԵԼ	
ՇՆՆՅԱՆ ԹԻՎ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅԵ	
ՔՄՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՄԱԹԻՎ
ՄՅՍ ԶԵՎԱԹՈՒՂՅԸ ԼՐԱՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ

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	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅԵ	
ՔՄՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ