

CALFRESH-ի ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՄԻՋՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՆՑՈՒՄ ՈՒՂԱՐԿԵԼՈՒ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

Ծանուցման ամսաթիվը _____
Գործի անվանումը _____
Համարը _____
Աշխատողի անունը _____
Համարը _____
Հեռախոսը _____
Հասցեն _____

(ADDRESSEE)



Հարցեր ունե՞ք: Հարցրե՞ք Ձեր աշխատողին:

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

Դուք մեզ տեղեկացրել եք, որ տեղափոխվում եք _____ վարչաշրջան: Ձեր CalFresh-ի գործը կփոխանցվի _____ վարչաշրջան:

Ձեզանից չի պահանջվի լրացնել նոր դիմում, իսկ ձեր CalFresh-ի նպաստները չեն դադարեցվի բնակության նպատակով նոր վարչաշրջան տեղափոխվելու ընթացքում: Եթե նոր վարչաշրջան տեղափոխվելու ընթացքում ձեզ մոտ ծագեն հարցեր ձեր CalFresh-ի նպաստերի վերաբերյալ, կամ եթե դուք որոշեք չտեղափոխվել, ապա զանգահարեք աշխատողին այս ծանուցման մեջ նշված հեռախոսահամարով:

Նոր վարչաշրջանից դուք կստանաք մեկ այլ ծանուցում, որով ձեզ կտրամադրվեն նոր գործի համարը և հեռախոսահամարը:

Դուք պետք է այս ծանուցման մեջ նշված աշխատողին, ինչպես նաև ձեր պարբերական գեկույցի մեջ, շարունակեք ներկայացնել այն փոփոխությունները, որոնք կարող են ազդել ձեր իրավասության վրա, բանի դեռ դուք նոր վարչաշրջանից չեք ստացել ձեր ծանուցումը:

Կանոններ. կիրառվում են այս կանոնները. վարչաշրջանի բոլոր նամակները 11-22 ու Վելֆերի & հաստատությունների կողմից § 11053.2-ը: Կարող եք դրանց ծանոթանալ Ձեր վելֆերի գրասենյակում:

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: Որպեսզի 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 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: 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 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 ԻՆՉՈՒՐ _____

- 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, ՈՒՄՆԱԿԱՆՍԵ ՄԵՐԺԿԵԼ Ե ԿԱՄԴԱՐԱՐԵՑՎԵԼ

ՇՆՆՅԱՆ ԹԻՎ	ՇԵՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆԴԵՔՍ
ԱՏՈՐԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՄԱԹԻՎ	
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒԴՅՈՒՆ ԼՐԱՆՆՈՂ 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	ԻՆԴԵՔՍ