

# ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ՝

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Ծանուցման թվականը՝ \_\_\_\_\_  
Գործի անվանումը՝ \_\_\_\_\_  
Գործի համարը՝ \_\_\_\_\_  
Սոցիալական աշխատողի անունը՝ \_\_\_\_\_  
Համարը կամ ID-ն՝ \_\_\_\_\_  
Հեռախոս՝ \_\_\_\_\_  
24-ժամյա տեղեկատվություն՝ \_\_\_\_\_  
Հասցեն՝ \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)



Հարցն ր: Հարցրեք Ձեր սոցիալական աշխատողին կամ զանգահարեք վերը նշված համարով:

**ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ ԼՍՈՒՄՆԵՐ. Եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, կարող եք լսում պահանջել: Կարգը նկարագրված է այս էջի դարձերեսին: Հնարավոր է, որ Ձեր նպաստները չփոխվեն, եթե լսում պահանջեք նախքան այս գործողության տեղի ունենալը:**

\_\_\_\_\_ թվականից սկսած՝ Վարչական շրջանը դադարեցնում է Ձեր՝

- Կանխիկ դրամական օգնություն
- CalFresh Պատճառը՝

Կիսամյակային զեկույցը (SAR 7), որը Ձեզնից ստացել ենք այս հաշվետու ժամանակաշրջանում, ավարտուն չէ:

Cash Aid և (կամ) CalFresh նպաստների ստացումը շարունակելու համար պետք է ներկայացնեք ավարտուն SAR 7 ձևը:

SAR 7-ը համարվում է ավարտուն, եթե պատասխանել եք բոլոր հարցերին և կից ներկայացրել եք անհրաժեշտ հիմնավորող փաստաթղթերը: Եթե դժվարանում եք հիմնավորող փաստաթղթեր գտնելու հարցում, զանգահարեք Վարչական շրջան, ու մենք կարող ենք օգնել Ձեզ գտնել դրանք:

**Վարչական շրջանը պետք է Ձեր ավարտուն զեկույցը ստանա ոչ ուշ, քան հաջորդ ամսվա առաջին աշխատանքային օրը:**

Դուք պարտավոր եք ուղարկել կամ բերել հետևյալ տեղեկությունները՝

- լրացրեք շրջանի մեջ վերցված հարցերը կից ներկայացված զեկույցում.
- լրացրեք հետևյալ հարցերը կից ներկայացված զեկույցում՝
- ուղարկեք կամ բերեք հետևյալ հիմնավորող փաստաթղթերը՝

Մեզ տրամադրված տեղեկատվությունը կարող է փոխել կամ դադարեցնել Ձեր Cash Aid և (կամ) CalFresh նպաստները:

**Եթե ավարտուն SAR 7 ձևը ներկայացնեք հաջորդ ամիս ցանկացած ժամանակ, որը ցույց կտա, որ Դուք իրավունք ունեք ստանալու Cash Aid և (կամ) CalFresh, ապա Ձեր նպաստների հատկացումը կսկսվի ձևաթուղթը ներկայացնելու օրվանից:**

Եթե Ձեր նպաստները դադարեցվեն ավարտուն SAR 7 ձևը չներկայացնելու պատճառով, ապա չեք ստանա անցումային CalFresh նպաստներ:

Եթե հարցեր ունեք «Անցումային CalFresh» ծրագրի մասին, դիմեք ձեր Վարչական շրջանի գրասենյակ:

**Medi-Cal.** Այս ծանուցումը Ձեզ փոխում կամ դադարեցնում Medi-Cal նպաստները: Եթե փոփոխություն լինի Ձեր Medi-Cal նպաստներում, Դուք մեկ այլ ծանուցում կստանաք:

**Շարունակեք օգտագործել Ձեր նպաստների նույնականացման պլաստիկ քարտը (քարտերը):**

Դուք և Ձեր ընտանիքը կարող եք շարունակել Medi-Cal ստանալ, եթե Ձեր Cash Aid դադարեցվի, և եթե՝

- փող եք վաստակում աշխատանքից, Ձեր ձեռնարկած գործից, կամ եթե ունեցել եք աշխատավարձի բարձրացում.
- սկսել եք ստանալ երեխայի կամ ամուսնու ապրուստավճարի վճարումներ կամ ունեք ապրուստավճարի աճ:

Եթե SAR 7 ձևը լրացնելու հարցում օգնության կարիք ունեք, դիմեք Վարչական շրջանին և օգնություն խնդրեք:

Անվճար հեռախոսահամար \_\_\_\_\_:

**Սկզբունքներ.** Գործում են այս սկզբունքները: Դուք կարող եք դրանք ուսումնասիրել ձեր սոցիալական օգնության գրասենյակում - Cash Aid «Սկզբունքների և ընթացակարգերի ձեռնարկ» (Manual of Policies and Procedures, MPP), բաժին 40-105.1, 40-181.22, CalFresh. MPP, բաժին 63-103n(2), 63-508.6: TCVAP, RCA և ECA. MPP, բաժին 70-105.1, 69-206 և 69-301:

## 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 Մոցալապահության 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

ՕՆՆԱՅՄԱՆ ԹԻՎ	ՇԵՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆՎԵՔՍ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՄԱԹԻՎ	
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒԴԹԸ 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