ԿԵՍ ԺԱՄԱՆԱԿԱՇՐՋԱՆԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԻ ԶԵԿՈՒՅՑ

Cash Aid և CalFresh-ի համար

ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ՝	ԳՈՐԾԻ ՀԱՄԱՐԸ (ԵԹԵ ՀԱՅՏՆԻ Է)՝

Օգտվեք այս ձևից, որպեսզի զեկուցեք պարտադիր կամ կամավոր փոփոխությունները, որոնք տեղի են ունեցել ձեր վերջին զեկույցի պահից:

Եթե զեկուցում եք եկամտի տվյալներ, խնդրվում է ապացույց տրամադրել, օրինակ՝ վճարման կտրոններ, չեկերի պատճեններ, նամակներ գործակալություններից և այլն: Եթե դժվարանում եք ապացույց ձեռք բերելու հարցում և օգնության կարիք ունեք, ապա զանգահարեք վարչաշրջան:

Եթե զեկուցում եք ծախսերի փոփոխություններ, խնդրվում է ապացույց տրամադրել, օրինակ՝ անդորրագրեր, չեղարկված չեկեր, վճարված հաշիվ-ապրանքագրեր և այլն: Եթե դժվարանում եք ապացույց ձեռք բերելու հարցում և օգնության կարիք ունեք, ապա զանգահարեք վարչաշրջան:

Եթե զեկուցում եք հասցեի փոփոխություն, խնդրվում է տրամադրել ծախսերի ապացույց, օրինակ՝ ձեր նոր վարձակալության պայմանագիր, վարձի անդորրագիր ձեր նոր հասցեի համար, կոմունալ ծառայությունների համար արված ավանդներ և այլն:

ՊԱՐՏԱԴԻՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե ստանում եք Cash Aid զեկուցեք CA նշված տեղեկությունը: Եթե ստանում եք CalFresh, զեկուցեք CF նշված տեղեկությունը: CA/CF նշված հատվածները բոլոր կենցաղների/աջակցության միավորների համար են:

CA/CF ☐ Իմ կենցաղի միավորված եկամուտը գերազանցում է իմ կենցաղի չափսի համար նախատեսված սահմանափակումը:
________________ ամսին իմ կենցաղի ընդհանուր միավորված եկամուտը կազմել է $ __________:

CA ☐ Իմ կենցաղի անդամներից մեկը թաքնվում է կամ փախչում է օրենքից դատական հետապնդումից, կալանքից խուսափելու համար քրեական հանցագործություն կատարելու կամ քրեական հանցագործության փորձ կատարելու համար:
Անձի անունը ______________________________

CA ☐ Իմ կենցաղի անդամներից մեկը խախտել է իր վաղակետ ազատման պայմանները՝ ըստ դատարանի որոշման:
Անձի անունը ______________________________

CA ☐ Ես տեղափոխվել եմ, փոխել եմ հեռախոսահամարս կամ նոր փոստային հասցե ունեմ:
Նոր տան հասցեն՝ ______________________________
____
Նոր փոստային հասցեն՝ (եթե տարբեր է ձեր տան հասցեից) ______________________________
Նոր հեռախոսահամարը՝ (______)________________

☐ Այս նոր հասցեում ես անվճար եմ բնակվում:
☐ Այս նոր հասցեում ես անվճար կոմունալ ծառայություններ եմ ստանում:
☐ Իմ վարձը կազմում է ամսական $ ________:
☐ Իմ կոմունալ ծառայությունները կազմում են ամսական $________:
☐ Ես կիսում եմ վարձս, իմ բաժինը կազմում է $________:
☐ Ես անտուն եմ դարձել:

Ես ունեմ՝ ☐ Ջեռուցում ☐ Հովացում ☐ Ջուր ☐ Կոյուղի ☐ Աղբ ☐ Հեռախոս ☐ Այլ

Տեսեք մյուս կողմը

ՊԱՐՏԱԴԻՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ - շարունակություն

CF ☐ Լրացրեք այս հատվածը զեկուցելու համար նվազեցված աշխատանքը կամ ուսուցման ժամերը «Able-Bodied Adults Without Dependents»-ի (ABAWDs) համար: (ABAWDs-ը 19-ից 50 տարեկան չափահասներն են, որոնք անչափահաս երեխաներ չեն խնամում):

Աշխատանքի կամ ուսուցման ժամերի քանակը նվազել է շաբաթական 20 ժամից կամ ամսական 80 ժամից մինչև շաբաթական ________ ժամ կամ ամսական ________ ժամ:

Անձ(եր)ի անունը ______________________________

Բարեկամությունը ձեզ հետ ______________________________

Բացատրեք՝ ինչ է պատահել ______________________________

____

Փոփոխության ամսաթիվ ______________________________

ԿԱՄԱՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ (բոլոր կենցաղների/աջակցության միավորների համար)

Ես ցանկանում եմ զեկուցել հետևյալ տեղեկությունը՝

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

ՎԿԱՅԱԳԻՐ

ԵՍ ՀԱՍԿԱՆՈՒՄ ԵՄ ՈՐ՝եթե ես միտումնավոր չեմ զեկուցում բոլոր փաստերը կամ սխալ տվյալներ եմ զեկուցում իմ եկամտի, ունեցվածքի կամ ընտանիքի կարգավիճակի մասին՝ օգնություն կամ նպաստներ ստանալու կամ պահպանելու նպատակով, ինձ կարող են հանցանքի մեղադրանք ներկայացնել: Եվ ինձ կարող են քրեական հանցագործության մեղադրանք ներկայացնել, եթե սխալմամբ վճարված կանխիկ օգնության կամ CalFresh գումարը գերազանցի $950:

Միացյալ Նահանգների և Կալիֆորնիայի նահանգի օրենքները խախտելու պատժի ներքո՝ ես հայտարարում եմ, որ այս զեկույցում պարունակվող փաստերը ճշմարիտ են, ստույգ և ամբողջական:

ՈՎ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐԻ ՆԵՐՔԵՎՈՒՄ՝	**Cash Aid համար՝** դուք, օգնություն ստացող ձեր ամուսինը, գրանցված ընտանեկան զուգընկերը կամ (դրամական օգնություն ստացող երեխաների) մյուս ծնողը, եթե ապրում է տանը: **CalFresh-ի համար՝** կենցաղի գլուխը, կենցաղի անդամը կամ կենցաղի լիազորված ներկայացուցիչը:

Ստորագրություն կամ նշան	Ստորագրության ամսաթիվը	Տան հեռախոսահամար	Կոնտակտային հեռախոսահամար

Ամուսնու, գրանցված ընտանեկան զուգընկերոջ կամ դրամական օգնություն ստացող երեխաների մյուս ծնողի ստորագրությունը	Ստորագրության ամսաթիվը	Նշանի վկայի, թարգմանչի կամ ձևը լրացնող այլ անձի ստորագրությունը	Ստորագրության ամսաթիվը