

ԴԻՍՈՒՄ CALFRESH , «ԿԱՆԽԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ» ԵՎ (ԿԱՄ)

MEDI-CAL/ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Եթե անաշխատունակ եք կամ այս դիմումի կապակցությամբ օգնության կարիք ունեք, տեղեկացրեք վարչաշրջանի Սոցիալական ապահովության վարչությանը (այսուհետև՝ «վարչաշրջան»), և Ձեզ կօգնեն:

Եթե նախընտրում եք խոսել, կարողալ կամ գրել անգլերենից տարբեր լեզվով, վարչաշրջանը մարդ կնշանակի, ով անվճար կօգնի Ձեզ:

Ինչպե՞ս դիմել:

Օգտվեք այս դիմումի ձևից, եթե դիմում եք ներկայացնում պարենային օգնության (CalFresh), կանխիկ դրամական օգնության (Կալիֆորնիա նահանգի Անշափահաս երեխաներ ունեցող ընտանիքների նյութական օգնություն և աշխատանքի տեղավորում, կամ Փախստականներին տրվող դրամական օգնություն, Ընդհանուր օգնություն (General Assistance) կամ Սոցիալական նպաստներ (General Relief), Medi-Cal և (կամ) այլ առողջապահական ծրագրերի համար: Եթե ուզում եք դիմել միայն CalFresh ծրագրի համար, կարող եք խնդրել միայն CalFresh դիմումի ձևը: CalFresh-ը պարենային օգնության ծրագիր է, որն օգնում է վճարել Ձեր կենցաղի համար սննդամթերք գնելու ծախսերը: Եթե ուզում եք դիմել միայն առողջապահական ծրագրի համար, կարող եք վարչաշրջանից խնդրել միայն առողջապահական խնամքի դիմումի ձևը: Առողջապահական խնամքը ներառում է՝ էժան ապահովագրություն Medi-Cal-ի համար, մատչելի անհատական բժշկական ապահովագրություն կամ հարկային վարկ, որը կարող է Ձեզ օգնել վճարել բժշկական ապահովագրության վճարները: Մի օգտագործեք այս դիմումի ձևը, եթե դիմում եք միայն առողջապահական ծրագրի համար: Ձեր վարչաշրջանը կարող է առաձինի դիմումի ձև ունենալ Ընդհանուր օգնության կամ Սոցիալական նպաստների համար: Հարցրեք Ձեր վարչաշրջանը համոզվելու համար:

Այս ծրագրերից ցանկացածին դիմել կարող եք նաև առցանց՝ այցելելով <http://www.benefitscal.org/> կայքը:

- Եթե կարող եք, լրացրեք ամբողջ դիմումի ձևը: Դուք պետք է վարչաշրջանին տրամադրեք առնվազն Ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը (դիմումի 1-ին էջի 1-ին հարցը)՝ CalFresh-ի համար դիմելու գործընթացը սկսելու համար: Կանխիկ դրամական օգնության համար պետք է դիմումի 1-ին և 2-րդ էջերում լրացնեք 1-5 հարցերը և ստորագրեք՝ դիմումի գործընթացը սկսելու համար: Ընդհանուր օգնության կամ Սոցիալական նպաստների համար հարցրեք Ձեր վարչաշրջանից, թե որ հարցերին է պետք պատասխանել դիմումի գործընթացը սկսելու համար:
- Յուրաքանչյուր ծրագրի ունի խորհրդանիշ (ցուցադրված է այս էջի վերևում), որը ցույց է տալիս, թե որ հարցերը որ ծրագրերին են վերաբերում: Կանխիկ դրամական օգնության համար՝ դա դուրսի նշանն է, CalFresh-ի համար՝ գնուժների սայլակը, իսկ բժշկական ապահովագրության համար՝ շտապօգնության մեքենան: Օրինակ՝ եթե չեք դիմում կանխիկ դրամական օգնության համար, հարկ չկա պատասխանելու միայն դուրսի նշանով նշված հարցերին:
- դիմումը վարչաշրջանին հանձնել անձամբ, փոստով, հեռապատճենով կամ ինտերնետով:
- Այն օրվանից, երբ վարչաշրջանը ստանում է Ձեր ստորագրված դիմումը, սկսվում է Ձեզ պատասխան տալու ժամանակը՝ արդյոք կարող եք նպաստներ ստանալ: Եթե գտնվում եք հաստատությունում, այդ ժամանակը սկսվում է այնտեղից դուրս գալու օրվանից:

Ո՞րն է իմ հաջորդ քայլը:

- Դիմումը ստորագրելուց առաջ կարդացեք Ձեր իրավունքների ու պարտականությունների մասին («Ծրագրի կանոններ» էջերը):
- Դուք պետք է հարցազրույց անցնեք վարչաշրջանում՝ Ձեր դիմումը քննարկելու համար: Եթե հաշմանդամություն ունեք, այլ պայմանավորվածություններ կարող են ձեռք բերվել:
- Եթե դիմումը թերի եք լրացրել, այն կարող եք ավարտել հարցազրույցի ընթացքում:
- Ձեզնից կպահանջվի ներկայացնել Ձեր եկամուտը, ծախսերը և այլ հանգամանքներ հաստատող փաստաթղթեր՝ տեսնելու համար, թե արդյոք համապատասխանում եք պահանջներին:

Ինչքա՞ն կտևի դիմումի գործընթացը:

CalFresh-ի համար ներկայացված Ձեր դիմումի ընթացքը կարող է տևել մինչև 30 օր: Կանխիկ դրամական օգնության և Medi-Cal-ի համար՝ մինչև 45 օր: Հրատապ հանգամանքներում դիմեք վարչաշրջանին՝ պարզելու, թե ինչպես անհապաղ ստանաք նպաստները կամ առողջապահական ծառայությունը:

Հնարավոր է, որ կարողանաք CalFresh նպաստներ ստանալ 3 օրացուցային օրվա ընթացքում, եթե՝

- Ձեր կենցաղի ամսական համախառն եկամուտը (եկամուտ նախքան նվազեցումները) \$150-ից քիչ է, իսկ Ձեր ձեռքին եղած կանխիկ փողը կամ ընթացիկ չեկային կամ խնայողական հաշիֆներում առկա գումարը չի գերազանցում \$100, կամ.
- Ձեր կենցաղի բնակարանային ծախսերը (վարձակալություն կամ գրավադրման փոխառություն և կենցաղային ծառայություններ) ավելին են, քան Ձեր ամսական համախառն եկամուտը և չեկային կամ խնայողական հաշիֆներում առկա փողը, կամ.
- Դուք արտագնա կամ սեզոնային գյուղատնտեսական աշխատողի կենցաղ եք՝ Ձեր չեկային կամ խնայողական հաշիֆներում ունենալով \$100-ից քիչ գումար, և 1) այլևս եկամուտ չեք ստանում, կամ 2) սկսել եք եկամուտ ունենալ, բայց չեք ակնկալում \$25-ից ավելի ստանալ հաջորդ 10 օրում:

Կանխիկ դրամական օգնության դեպքում կարող եք անհապաղ օժանդակություն ստանալ, եթե՝

- Դուք անօթևան եք կամ ստացել եք վտարման մասին ծանուցագիր կամ տան վարձը վճարելու կամ տեղափոխվելու մասին հիշեցում, կամ.
- Ձեր սննդամթերքը կվերջանա երեք օրվա ընթացքում, կամ.
- Ձեզ սպասարկվող կենցաղային ծառայություններն անջատվել են կամ կանջատվեն, կամ.
- Դուք չունեք բավարար քանակությամբ հագուստ կամ խանձարուր, կամ.
- Դուք այլ տեսակի ծայրահեղ անհրաժեշտության մեջ եք, որը կարևոր է առողջության և անվտանգության համար:

Տեղեկատվական էջ - Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:

Որպեսզի վարչաշրջանին օգնեք որոշել՝ արդյոք կարող եք նպաստներն ավելի արագ ստանալ, խնդրում ենք պատասխանել 1-ին, 6-րդից մինչև 9-րդ, 15-րդ և 24-րդ հարցերին և դիմումի հետ միասին անձը հաստատող փաստաթուղթ ներկայացնել վարչաշրջանին (եթե ունեք այդպիսի փաստաթուղթ): Ընդհանուր օգնության կամ Սոցիալական նպաստների համար հարցրեք Ձեր վարչաշրջանից, թե ինչքան կտևի ու արդյոք կան որևէ հատուկ կանոններ նպաստների ստացումն արագացնելու համար:

Վարչաշրջանը Ձեզ նամակ կուղարկի՝ տեղեկացնելով, թե արդյոք Ձեր ընտանիքը հաստատում կամ մերժում է ստացել Ձեր դիմած նպաստների համար:

Ի՞նչ է հարկավոր իմ հարցազրույցի համար:

Ձգձգումներից խուսափելու համար, հարցազրույցի ներկայանալիս, բերեք ստորև նշված փաստաթղթերը: Հարցազրույցին ներկայացեք, նույնիսկ եթե փաստաթղթեր չունեք: Հնարավոր է՝ վարչաշրջանը կարողանա օգնել Ձեզ, եթե փաստաթղթերը ձեռք բերելու համար օգնության կարիք ունեք: Հարցազրույցի ընթացքում վարչաշրջանը կուսումնասիրի դիմումում նշված տեղեկությունները և հարցեր կտա՝ պարզելու, թե արդյոք կարող եք նպաստներ ստանալ, և ինչ գումարի նպաստներ կարող եք ստանալ:

Նպաստներ ստանալու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերը

- անձը հաստատող փաստաթուղթ (վարորդական իրավունքի վկայական, նահանգային նույնականացման քարտ, անձնագիր) .
- կանխիկ դրամական օգնության համար դիմող յուրաքանչյուր անձի ծննդյան վկայականը .
- Ձեր բնակության վայրը հաստատող փաստաթուղթ (վարձակալության պայմանագիր, կոմունալ ծառայությունների վարձավճարի ընթացիկ անդորրագիր, որտեղ նշված է հասցեն) .
- օգնության համար դիմող յուրաքանչյուր անձի սոցիալական ապահովության քարտի համարը (ստորև տե՛ս ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող որոշ անձանց մասին ծանոթագրությունը) .
- Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների բանկային հաշիվներում առկա գումարը (բանկային հաշիվների վերջերս տրված քաղվածքներ) .
- Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների վաստակած եկամուտը վերջին 30 օրվա ընթացքում (վերջերս տրված աշխատավարձի վճարման անդորրագրերը, գործատուի տեղեկանքը): **ՄԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ**. Մեփական գործ ունենալու դեպքում՝ եկամուտների և ծախսերի կամ հարկերի վճարման հաշվետվությունները .
- չվաստակած եկամուտը (գործազրկության նպաստներ, սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտ (SSI), սոցիալական ապահովագրություն, վետերանի նպաստներ, երեխայի ապրուստավճար, արտադրական ֆասավաճքի փոխհատուցում, դպրոցական դրամաշնորհներ կամ վարկեր, վարձակալությունից ստացվող եկամուտ և այլն) .
- օրինական ներգաղթային կարգավիճակ **ՄԻԱՅՆ** օրինական ոչ-քաղաքացիների համար, ովքեր դիմում են նպաստներ ստանալու համար (օտարերկրացու գրանցման քարտ, վիզա): **ՄԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ**. Հնարավոր է, որ ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող որոշ անձանցից, ովքեր ներգաղթային կարգավիճակի համար դիմում են ներկայացնում ընտանեկան բռնության, քրեական գործով դատավարության կամ մարդկանց առևտրի պատճառով, այդպիսի փաստաթուղթ չպահանջվի: Նրանց դեպքում կարող է նաև սոցիալական ապահովության քարտի համարի անհրաժեշտություն չլինել:

Իսկ եթե ես անօթևան ե՞մ:

Եթե անօթևան եք, վարչաշրջանին անհապաղ տեղյակ պահեք այդ մասին, որպեսզի Ձեզ կարողանան օգնել գտնել որևէ հասցե, որը կօգտագործվի Ձեր դիմումն ընդունելու և վարչաշրջանից Ձեր գործի վերաբերյալ ծանուցագրեր ստանալու համար: CalFresh-ի և կանխիկ դրամական օգնության պարագայում անօթևան լինելը նշանակում է, որ Դուք

- մտում եք վերահսկվող օթևանում, սոցիալական վերականգնման հաստատությունում կամ նմանատիպ վայրում .
- մտում եք ուրիշ մարդու կամ ընտանիքի տանը 90 օրից ոչ ավելի .
- քնում եք քնի համար չնախատեսված կամ սովորաբար քնելու համար օգտագործվող վայրում (միջանցքում, ավտոբուսի կանգառում, նախասրահում կամ նմանատիպ վայրերում):

Տեղեկատվական էջ - Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:

Ավելի մեծ CalFresh նպաստներ ստանալու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերը

- բնակարանային ծախսեր (վարձակալական վճարի ստացականներ, գրավադրման փոխառության վճարման անդորրագրեր, գույքահարկի վճարման անդորրագիր, ապահովագրական փաստաթղթեր) .
- հեռախոսի և կոմունալ ծառայությունների ծախսեր .
- Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր տարեց (60 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի) կամ հաշմանդամ անդամի բժշկական ծախսերը .
- երեխայի և չափահասի խնամքի ծախսերը՝ այն հանգամանքով պայմանավորված, որ ինչ-որ մեկն աշխատում է, աշխատանք է փնտրում, հաճախում է վերապատրաստման դասընթացի կամ դպրոց կամ մասնակցում է որևէ պարտադիր աշխատանքային գործունեության .
- երեխայի ապրուստավճարը, որը վճարում է Ձեր ընտանիքի որևէ անձ:

Բժշկական ապահովագրության համար անհրաժեշտ լրացուցիչ փաստաթղթեր

- տեղեկատվություն Ձեր ընտանիքին տրվող և աշխատանքին առնչվող որևէ բժշկական ապահովագրության մասին .
- ընթացիկ բժշկական ապահովագրության ապահովագրի համարները:

Կանխիկ դրամական օգնություն ստանալու համար անհրաժեշտ լրացուցիչ փաստաթղթեր

- վեց տարեկան և ավելի ցածր տարիքի երեխաների կանխարգելիչ պատվաստումները հաստատող փաստաթուղթ .
- Ձեր կամ այն անձի սեփականությունը հանդիսացող տրանսպորտային միջոցների գրանցման վկայականը, ում համար դիմում եք:

ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ ԵՎ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ձեր պարտավորությունն է՝

- վարչաշրջանին տրամադրել Ձեր իրավունակությունը որոշելու համար անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները.
- անհրաժեշտության դեպքում վարչաշրջանին տրամադրել Ձեր ունեցած տեղեկությունների հիմքերը.
- պահանջի դեպքում հաղորդել փոփոխությունների մասին: Վարչաշրջանը Ձեզ տեղեկատվություն կտա առ այն, թե ինչ, երբ և ինչպես հաղորդեք: Պարենային օգնության (CalFresh) ծրագրի կամ կանխիկ դրամական օգնության դեպքում, եթե չեք բավարարում Ձեր կենցաղի մասին հաշվետվության պահանջները, Ձեր գործը կարող է փակվել, կամ Ձեզ հատկացվող նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել.
- փնտրել, ստանալ կամ պահել աշխատանք կամ գբադվել այլ գործունեությամբ, եթե վարչաշրջանը Ձեզ տեղեկացնի, որ դա պարտադիր է Ձեր գործում.
- լիովին համագործակցել վարչական շրջանի, նահանգային կամ դաշնային աշխատակազմի հետ, եթե Ձեր գործն ընտրվել է ուսումնասիրման կամ հետաքննման համար՝ համոզվելու, որ Ձեր իրավունակության ու նպաստների աստիճանը ճիշտ է հաշվարկվել: Այս ուսումնասիրություններում չհամագործակցելը կհանգեցնի Ձեր նպաստների կորստին.
- վերադարձնել ցանկացած կանխիկ դրամական օգնություն կամ CalFresh նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք չեք ունեցել:

Դուք իրավունք ունեք՝

- դիմում ներկայացնելու CalFresh ծրագրի համար՝ տրամադրելով միայն Ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը.
 - անհրաժեշտության դեպքում անվճար ունենալու Նահանգի կողմից հատկացված թարգմանիչ.
 - ունենալու վարչաշրջանին տրամադրված տեղեկությունները գաղտնի պահելու երաշխիք, եթե այդ տեղեկություններն ուղղակիորեն չեն առնչվում վարչաշրջանի ծրագրերի կառավարմանը.
 - ցանկացած ժամանակ հետ վերցնելու Ձեր դիմումը, նախքան վարչաշրջանը կորոշի Ձեր իրավունակությունը.
 - խնդրելու օգնություն, որպեսզի լրացնեք Ձեր դիմումը կամ ստանաք հարկավոր ապացույցն ու կանոնների բացատրությունը.
 - արժանանալու քաղաքավարի, սիրալիր ու հարգալից վերաբերմունքի և չենթարկվելու որևէ խտրականության.
 - 3 օրվա ընթացքում ստանալու CalFresh նպաստներ, եթե համապատասխանում եք Արագացված ծառայության (Expedited Service) պահանջներին.
 - մեկ օրվա ընթացքում ստանալու կանխիկ դրամական օգնություն, եթե համապատասխանում եք Անհապաղ կարիքի (Immediate Need) պահանջներին.
 - դիմումը ներկայացնելուց հետո ողջամիտ ժամկետում հարցազրույցի հրավիրվելու վարչաշրջանի կողմից և ունենալու երաշխիք, որ 30 օրվա ընթացքում կորոշվի CalFresh-ից օգտվելու Ձեր իրավունքը, կամ 45 օրվա ընթացքում՝ կանխիկ դրամական օգնություն ստանալու և Medi-Cal օգտվելու իրավունքը.
 - ունենալու առնվազն 10 օր, որպեսզի Ձեր իրավունակությունը որոշելու նպատակով վարչաշրջանին ներկայացնեք անհրաժեշտ ապացույցը.
 - Վարչաշրջանի կողմից Ձեր CalFresh նպաստները կամ կանխիկ դրամական օգնությունը նվազեցնելուց կամ դադարեցնելուց առնվազն 10 օր առաջ գրավոր ծանուցում ստանալու այդ մասին.
 - Ձեր գործն վարչաշրջանի հետ քննարկելու և վերջինիս կողմից ուսումնասիրվելու, եթե այդպիսի խնդրանք ներկայացնեք.
 - 90 օրվա ընթացքում պահանջելու նահանգային լուծման, եթե Ձեր գործի հարցում համաձայն չեք վարչաշրջանի դիրքորոշմանը: Եթե լուծման եք պահանջում նախքան Ձեր գործի վերաբերյալ որևէ գործողության տեղի ունենալը, ապա Ձեր նպաստները նույնը կմասն մինչև լուծմանը կամ Ձեր վկայագրման ժամանակաշրջանի ավարտը՝ նայած, թե այդ երկու իրադարձություններից որն ավելի շուտ տեղի կունենա: Դուք կարող եք վարչաշրջանին խնդրել, որ նպաստների փոփոխություն թույլ տա միայն լուծմանից հետո, որպեսզի ստիպված չլինեք վերադարձնել որևէ գերավճարված նպաստ: Եթե Վարչական իրավախախտումների գործերով դատավորը վճիռ է կայացնում Ձեր օգտին, ապա վարչաշրջանը Ձեզ կվերադարձնի նախկինում կրճատված բոլոր նպաստները.
 - հարցնելու լուծման վերաբերող Ձեր իրավունքների մասին կամ պահանջելու իրավաբանական օգնության նշանակում՝ օգտվելով անվճար հեռախոսահամարներից՝ **1-800-952-5253** կամ, լսողության և խոսքի խանգարումներով անձանց համար, ովքեր խոսքի հեռահաղորդակցման սարք (ԽՀՄ) են օգտագործում, **1-800-952-8349**: Դուք կարող եք անվճար իրավաբանական օգնություն ստանալ իրավաբանական օգնության կամ սոցիալական օգնության իրավունքների տեղական գրասենյակներից.
 - լուծմանին ներկայանալու ընկերոջ կամ այլ անձի հետ, եթե չեք ուզում մենակ լինել.
 - Վարչաշրջանից օգնություն ստանալու քվեարկման համար գրանցվելու հարցում.
 - հայտնելու փոփոխությունները, որոնց մասին հաղորդելը պարտադիր չէ, եթե դա կարող է մեծացնել Ձեր CalFresh նպաստները կամ կանխիկ դրամական օգնությունը.
 - ապացույց տրամադրելու Ձեր տնային տնտեսության ծախսերի վերաբերյալ, որը կարող է նպաստել ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալուն: Վարչաշրջանին ապացույց չտրամադրելը նույնն է, ինչ ասելը, թե ծախսեր չունեք, և այդ դեպքում Դուք չեք կարողանա ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալ.
 - վարչաշրջանին տեղյակ պահելու այն մասին, թե արդյոք կցանկանայիք, որ մեկ այլ անձ Ձեր CalFresh նպաստներն օգտագործի Ձեր կենցաղի համար կամ օգնի Ձեր CalFresh ծրագրի գործում (Լիազոր ներկայացուցիչ):
- Դուք նաև Medi-Cal գործակալության իրավունք եք տալիս հետամուտ լինելու և բժշկական աջակցություն ստանալու ամուսնուց կամ ծնողից: Եթե կարծում եք, որ բժշկական աջակցություն ստանալու նպատակով համագործակցելը կձգատի Ձեզ կամ Ձեր երեխաներին, կարող եք այդ մասին ասել Medi-Cal գործակալությանը և հրաժարվել համագործակցելուց:

Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:

Ծրագրի կանոնները և տուգանքները

Դուք հանցանք կգործեք, եթե կեղծ կամ սխալ տեղեկատվություն տրամադրեք կամ միտումնավոր չտրամադրեք բոլոր տեղեկություններն այն նպատակով, որպեսզի ստանաք CalFresh, կանխիկ դրամական օգնություն և Medi-Cal, որոնք ստանալու իրավունք չունեք, կամ որպեսզի ինչ-որ այլ անձի օգնեք ստանալ նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք նա չունի: Դուք պարտավոր եք վերադարձնել ցանկացած նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք չեք ունեցել: Եթե դա միտումնավոր անեք և ստանաք \$950 գերազանցող նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք չեք ունեցել, ապա կարող եք մեղադրվել քրեական հանցագործության մեջ:

CalFresh-ի պարագայում ես հասկանում եմ, որ, եթե միտումնավոր թույլ տամ ծրագրի խախտում՝ կատարելով ստորև նշվածներից որևէ մեկը

- թաքցնեմ տեղեկություններ կամ կեղծ հայտարարություններ անեմ
- օգտագործեմ նպաստների էլեկտրոնային փոխանցման (electronic benefit transfer, EBT) քարտեր, որոնք պատկանում են մեկ ուրիշին, կամ թույլ տամ, որ մեկ ուրիշն օգտագործի իմ քարտը
- CalFresh նպաստներն օգտագործեմ ալկոհոլային խմիչք կամ ծխախոտ գնելու համար
- փոխանակեմ, վաճառեմ կամ նվիրեմ CalFresh նպաստները կամ EBT քարտերը
- CalFresh նպաստները փոխանակեմ վերահսկվող նյութերի, օրինակ՝ թմրանյութերի հետ
- կեղծ տեղեկություններ տրամադրեմ իմ անձի և բնակվելու վայրի մասին, որպեսզի կարողանամ հավելյալ CalFresh նպաստներ ստանալ
- դատապարտված լինեմ \$500-ից ավելի մեծ արժողությամբ CalFresh նպաստներ փոխանակելու կամ վաճառելու կամ CalFresh նպաստները հրազենի, զինամթերքի կամ պայթուցիկ նյութերի հետ փոխանակելու համար

Ես կարող եմ...

- առաջին հանցանքի դեպքում 12 ամսով գրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ
- երկրորդ հանցանքի դեպքում 24 ամսով գրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ
- երրորդ հանցանքի դեպքում ընդմիշտ գրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ
- տուգանվել մինչև \$250000, ազատազրկվել մինչև 20 տարի, կամ՝ երկուսը
- առաջին հանցանքի դեպքում 24 ամսով գրկվել CalFresh նպաստներից
- երկրորդ հանցանքի դեպքում ընդմիշտ գրկվել CalFresh նպաստներից
- յուրաքանչյուր հանցանքի դեպքում 10 տարով գրկվել CalFresh նպաստներից

- առհավետ գրկվել CalFresh նպաստներից:

Կանխիկ դրամական օգնության պարագայում ես հասկանում եմ, որ եթե...

- դատապարտված լինեմ ծրագրի միտումնավոր խախտման համար
- չհետևեմ կանխիկ դրամական օգնության կանոններին
- դատարանի կամ վարչական լուծման կողմից մեղավոր ճանաչվեմ որոշակի տեսակի խարդախություններ կատարելու մեջ

Ես կարող եմ...

- գրկվել կանխիկ դրամական օգնությունից
- տուգանվել մինչև \$10000 և (կամ) ազատազրկվել կամ բանտարկվել 5 տարի ժամկետով
- գրկվել կանխիկ դրամական օգնությունից 6 ամիս, 12 ամիս, 2 տարի, 4 տարի, 5 տարի կամ ընդմիշտ:

Կարևոր տեղեկություններ Միացյալ Նահանգների քաղաքացի չհանդիսացող անձանց համար

- Դուք կարող եք դիմել և CalFresh նպաստներ, կանխիկ դրամական օգնություն կամ առողջապահական խնամք ստանալ դրանք ստանալու իրավունք ունեցող անձանց համար, նույնիսկ եթե Ձեր ընտանիքի անդամ լինեն դրանք ստանալու իրավունք չունեցող այլ անձինք: Օրինակ՝ ներգաղթյալ ծնողները կարող են CalFresh նպաստներ, կանխիկ դրամական օգնության կամ առողջապահական խնամքի համար դիմել ԱՄՆ քաղաքացի հանդիսացող կամ պահանջներին համապատասխանող ներգաղթյալ երեխաների համար: Հնայած ծնողներն իրենք կարող են դրանք ստանալու իրավունք չունենալ:
- Պարենային նպաստներ ստանալու հանգամանքը չի ազդի Ձեր կամ Ձեր ընտանիքի ներգաղթային կարգավիճակի վրա: Ներգաղթի վերաբերյալ տեղեկությունները մասնավոր և զադտնի են:
- Միացյալ Նահանգների քաղաքացի չհանդիսացող անձանց ներգաղթային կարգավիճակը, ովքեր իրավունակ են և դիմում են նպաստների համար, ստուգվելու են ԱՄՆ Քաղաքացիության և ներգաղթի ծառայությունների (Citizenship and Immigration Services, USCIS) կողմից: Ըստ դաշնային օրենսդրության՝ USCIS-ը չի կարող տեղեկություններն օգտագործել որևէ այլ նպատակով, բացի խարդախության դեպքերից:

Հրաժարում

Դուք պարտավոր չեք ներգաղթի վերաբերյալ տեղեկություններ, սոցիալական ապահովության քարտի համարներ կամ փաստաթղթեր տրամադրել ընտանիքի՝ ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող և նպաստներ ստանալու համար չդիմող անդամի կամ անդամների համար: Հարկ կլինի, որ վարչաշրջանը տեղեկություններ ունենա նրանց եկամտի և միջոցների մասին, որպեսզի ստույգ որոշի Ձեր կենցաղի նպաստների չափը: Վարչաշրջանը USCIS-ին չի դիմի այն մարդկանց մասին տեղեկանալու համար, ովքեր նպաստների համար չեն դիմում:

Սոցիալական ապահովության համարների (SSN) օգտագործում

CalFresh և կանխիկ դրամական օգնություն. CalFresh նպաստների կամ կանխիկ դրամական օգնության համար դիմող ցանկացած ոք պետք է տրամադրի SSN համար, եթե այդպիսին ունի, կամ ապացույց, որ դիմել է SSN ստանալու համար (օրինակ՝ տեղեկանք Սոցիալական ապահովության գրասենյակից): Մենք կարող ենք մերժել Ձեզ կամ Ձեր կենցաղի ցանկացած անդամին, ով SSN չի տրամադրում մեզ: Որոշ անձինք, օրինակ՝ ընտանեկան բռնության զոհերը, քրեական գործով մեղադրող կողմի վկաները և մարդկանց առևտրի զոհերը, պարտավոր չեն օգնություն ստանալու համար SSN համարներ տրամադրել:

Բժշկական ապահովագրություն/Medi-Cal. Մեզ հարկավոր է Ձեր SSN համարը, եթե ուզում եք բժշկական ապահովագրություն և SSN ունենալ: Ձեր SSN-ը տրամադրելը կարող է օգտակար լինել նաև այն դեպքում, եթե չեք ուզում ունենալ բժշկական ապահովագրություն, քանի որ դա կարող է արագացնել դիմումի գործընթացը: SSN համարներն օգտագործվում են եկամուտն ու այլ տեղեկություններ ստուգելու համար, որպեսզի տեսնենք, թե ով ունի բժշկական ապահովագրության ծախսերը ներառող օգնություն ստանալու իրավունք: SSN համար ստանալու հարցում օգնության կարիք ունենալու դեպքում զանգահարեք 1-800-772-1213 կամ այցելեք կայքը՝ www.socialsecurity.gov

Գերթողարկում

Դա նշանակում է, որ Դուք ստացել եք ավելի շատ CalFresh նպաստներ, քան պետք է ստանայիք: Ձեզնից կպահանջվի դրանք հետ վերադարձնել, նույնիսկ եթե վարչական շրջանը սխալվել է, կամ դա նպատակային չի եղել: Հնարավոր է, որ Ձեր նպաստները նվազեցվեն կամ դադարեցվեն: Ձեր SSN համարը կարող է օգտագործվել տիրապետած նպաստների գումարը դատարանների, գանձող գործակալությունների կամ դաշնային կառավարության գանձման գործողության միջոցով գանձելու համար:

Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:

Գերավճար

Դա նշանակում է, որ Դուք ստացել եք ավելի շատ կանխիկ դրամական օգնություն, քան պետք է ստանայիք: Ճիշտ ինչպես CalFresh նպաստների դեպքում, Ձեզնից կպահանջվի դրանք հետ վերադարձնել, նույնիսկ եթե վարչաշրջանը սխալվել է, կամ դա նպատակային չի եղել: Հնարավոր է, որ Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունը նվազեցվի կամ դադարեցվի: Ձեր SSN համարը կարող է օգտագործվել տիրապետած նպաստների գումարը դատարանների, գանձող գործակալությունների կամ դաշնային կառավարության գանձման գործողության միջոցով գանձելու համար:

Հաղորդում փոփոխությունների մասին

Նպաստներ ստացող ցանկացած ընտանիք պետք է հաղորդի որոշակի փոփոխությունների մասին: Ձեր վարչաշրջանը կասի, թե ինչ փոփոխությունների մասին հաղորդել, ինչպես և երբ դրանք հաղորդել: Փոփոխությունների մասին հաղորդելը կարող է հանգեցնել Ձեր նպաստների նվազեցմանը կամ դադարեցմանը: Նաև կարող եք հաղորդել այնպիսի իրադարձությունների մասին, որոնք կարող են մեծացնել Ձեր նպաստները, օրինակ՝ ավելի քիչ եկամուտ ստանալու մասին:

Նահանգային լուսններ

Դուք նահանգային լուսնների իրավունք ունեք, եթե համաձայն չեք Ձեր դիմումի կամ ընթացիկ նպաստների հետ կապված որևէ գործողության: Դուք կարող եք նահանգային լուսններ պահանջել վարչաշրջանի գործողությունից հետո 90 օրվա ընթացքում, և պետք է բացատրեք լուսններ պահանջելու պատճառը: Հաստատման կամ մերժման մասին ծանուցագիրը, որը կստանաք վարչաշրջանից, բողոքարկման կարգի վերաբերյալ տեղեկատվություն կպարունակի: Եթե լուսններ պահանջեք նախքան գործողության տեղի ունենալը, ապա կկարողանաք մինչև որոշման կայացումը նույն մակարդակի վրա պահել Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունն ու CalFresh նպաստները:

Մասնավոր կյանքի անձեռնմխելիության մասին օրենքը և տեղեկությունների բացահայտումը

Դուք դիմումի մեջ ներկայացնում եք անձնական տեղեկություններ: Վարչաշրջանն այդ տեղեկություններն օգտագործում է, որպեսզի որոշի՝ արդյոք համապատասխանում եք նպաստներ ստանալու պահանջներին: Եթե տեղեկություններ չտրամադրեք, վարչաշրջանը կարող է մերժել Ձեր դիմումը: Դուք ունեք վարչաշրջանին տրամադրած ցանկացած տեղեկություն վերանայելու, փոխելու կամ ուղղելու իրավունք: Վարչաշրջանը Ձեր տեղեկությունները ցույց չի տա կամ չի տրամադրի ուրիշներին, եթե վարչաշրջանին չտաք այդպիսի թույլտվություն, կամ եթե դաշնային և նահանգային օրենսդրությունը դա թույլ չտա: Վարչաշրջանն այդ տեղեկությունները կստուգի համապատասխանությունը ստուգող համակարգչային ծրագրերի միջոցով, ներառյալ Եկամուտների և աշխատավարձերի ստուգման համակարգը (Income and Earnings Verification System, IEVS): Այս տեղեկություններն օգտագործվելու են ծրագրի կանոնակարգերին համապատասխանելը մշտադիտարկելու և ծրագիրը կառավարելու նպատակով: Վարչաշրջանը կարող է այդ տեղեկությունները հայտնել ուրիշ դաշնային և նահանգային գործակալություններին՝ պաշտոնական քննություն անցկացնելու համար, իրավապահ մարմինների աշխատակիցներին՝ օրենքից խուսափող և փախչող անձանց ձերբակալելու նպատակով, և մասնավոր հայցեր հավաքող գործակալություններին՝ փոխհատուցման հայցեր հավաքելու գործողություն իրականացնելու համար: Վարչաշրջանը կարող է ստուգել նպաստների համար դիմող ընտանիքի անդամների ներգաղթային կարգավիճակը՝ դիմելով USCIS-ին: Տեղեկությունները, որոնք վարչաշրջանը ձեռք է բերում այդ գործակալություններից, կարող են ազդել Ձեր իրավունակության և նպաստների մակարդակի վրա:

Վարչաշրջանը Ձեր դիմումի մեջ նվաճած տեղեկությունները կօգտագործի բժշկական ապահովագրության ծախսերի վճարումը ներառող օգնություն ստանալու Ձեր իրավունքը ստուգելու նպատակով: Վարչաշրջանը կստուգի Ձեր պատասխանները՝ օգտվելով նահանգային և դաշնային էլեկտրոնային տվյալների շտեմարաններում և Ներքին եկամուտների ծառայության (Internal Revenue Service, IRS), Սոցիալական ապահովագրության վարչության (Social Security Administration), Ներքին անվտանգության նախարարության (Department of Homeland Security) և (կամ) սպառողների վարկունակության մասին տեղեկությունների հավաքման և տրամադրման գործակալության տվյալների շտեմարաններում առկա տեղեկություններից: Եթե տեղեկությունները չեն համընկնում, վարչաշրջանը կարող է Ձեզ խնդրել ապացույց ուղարկել:

Խորականության անթույլատրելիություն

Նահանգի և վարչաշրջանի քաղաքականությունը սահմանում է հավասար, հարգալից և արժանապատիվ վերաբերմունք բոլոր մարդկանց նկատմամբ: Դաշնային օրենսդրության և ԱՄՆ Գյուղդեպարտամենտի (U.S. Department of Agriculture, USDA) քաղաքականության համաձայն՝ խստիվ արգելվում է խտրականությունն ըստ ռասայական պատկանելության, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, սեռի, տարիքի, կրոնի, քաղաքական հայացքների կամ որևէ հաշմանդամության:

Խտրականության հարցով բողոք ներկայացնելու համար դիմեք ձեր վարչաշրջանի քաղաքացիական իրավունքների հարցերով համակարգողին կամ գրեք կամ զանգահարեք USDA-ին կամ Կալիֆորնիա նահանգի Սոցիալական ծառայությունների վարչությանը (California Department of Social Services, CDSS)

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (ձայնային և ԽՀՄ)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (անվճար)

USDA-ը հավասար հնարավորություններ տրամադրող գործատու է:

CalFresh-ի աշխատանքային կանոններ

Կալիֆորնիա կարող է Ձեզ հանձնարարել աշխատանքային ծրագիր: Ձեզ կտեղեկացվի՝ արդյոք դա կամավոր է, թե Դուք պարտավոր եք կատարել աշխատանքային ծրագիրը: Եթե ունեք պարտադիր աշխատանքային գործունեություն, բայց այն չեք կատարում, Ձեզ հատկացվող նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել:

Հնարավոր է, որ չունենաք CalFresh-ից օգտվելու իրավունք, եթե վերջերս թողել եք որևէ աշխատանք:

Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:

CalWORKs (Welfare-to-Work) ծրագրի աշխատանքային կանոններ

Եթե կանխիկ դրամական օգնություն եք ստանում, ապա պետք է մասնակցեք Welfare-to-Work (WTW) ծրագրին, եթե դրանցից ազատված չեք: Վարչաշրջանը Ձեզ կտեղեկացնի՝ արդյոք ազատված եք WTW-ից: Եթե Ձեզ հանձնարարված աշխատանքները չկատարեք, Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունը կարող է նվազեցվել կամ դադարեցվել:

CalWORKs – մատնահետքեր վերցնելը և լուսանկարահանելը

Կենցաղի բոլոր չափահաս անդամները, ովքեր կանխիկ դրամական օգնություն ստանալու իրավունք ունեն, պետք է մատնահետքեր հանձնեն և լուսանկարահանվեն: Եթե որևէ մեկը, ով պարտադիր պետք է համագործակցի այս կանոնների համաձայն, մատնահետքեր չհանձնի կամ չլուսանկարահանվի, ամբողջ կենցաղը կզրկվի նպաստներից: Մատնահետքերը և լուսանկարները գաղտնի են և կարող են օգտագործվել միայն սոցիալական նպաստներին առնչվող խարդախությունը կանխելու կամ դատական կարգով հետապնդելու նպատակով:

Ինչպե՞ս ստանամ և օգտագործեմ իմ նպաստները:

CalFresh և կանխիկ դրամական օգնություն.

- Վարչաշրջանը փոստով կառաքի կամ անձամբ Ձեզ կտա նպաստների էլեկտրոնային փոխանցման պլաստիկ քարտ (EBT): Նպաստները կմուտքագրվեն քարտի մեջ, երբ Ձեր դիմումը հաստատվի: Քարտը ստանալիս այն ստորագրեք: Դուք պիտի անձնական նույնականացման համար (PIN) ստեղծեք, որպեսզի կարողանաք կանխիկ փող հանել բանկոմատներից կամ սննդամթերք և (կամ) այլ ապրանքներ գնել:
- Եթե Ձեր EBT քարտը կորչի, գողացվի կամ փչանա, կամ եթե կարծում եք, որ ինչ-որ մեկը, հավանաբար, գիտի Ձեր PIN համարը, երբ չեք ցանկանում օգտագործել նպաստները, անհապաղ զանգահարեք (877) 328-9677 կամ վարչաշրջանի հեռախոսահամարով՝ այդ մասին հայտնելու և PIN համարը փոխելու համար: Համոզվեք, որ բոլոր պատասխանատու չափահասները և Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը նույնպես գիտեն, թե ինչպես անհապաղ հայտնել այդ խնդիրների մասին: Ցանկացած նպաստ, որը Ձեր հաշվից կհանվի նախքան EBT քարտի կամ PIN համարի կորստյան կամ գողացման մասին հայտնելը, **2Ի** վերականգնվի:
- Ձեր CalFresh նպաստները կարող եք օգտագործել գրեթե ամեն տեսակի սննդամթերք, ինչպես նաև Ձեր սեփական մթերքն աճեցնելու նպատակով սերմեր և բույսեր գնելու համար: Չի թույլատրվում գնել ալկոհոլ, ծխախոտ, ընտանի կենդանիների սնունդ, որոշ տեսակների եփված սննդամթերք կամ ցանկացած բան, որը սննդամթերք չէ (օրինակ՝ ատամի մածուկ, օձառ կամ թղթե սրբիչներ):
- CalFresh նպաստներն ընդունվում են նպարեղենի խանութների մեծ մասում և սննդամթերք վաճառող այլ վայրերում: Կանխիկ դրամական օգնությունը կարող է օգտագործվել խանութների և բանկոմատների մեծ մասում: Հնարավոր է՝ որոշ բանկոմատներ միջնորդավճար գանձեն: Միջնորդավճար կարող է լինել նաև այն դեպքում, երբ բանկոմատից օգտվեք երեք անգամ կանխիկ փող հանելուց հետո: Ձեր մոտակայքում գտնվող և EBT ընդունող վայրերի ցանկին ծանոթանալու համար այցելեք <https://www.ebt.ca.gov> կամ <https://www.snapfresh.org> կայքերը: Նաև կարող եք պարզել, թե որտեղ կարող եք կանխիկացում կատարել առանց միջնորդավճարի:
- CalFresh նպաստները նախատեսված են միայն Ձեզ և Ձեր կենցաղի անդամների համար: Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունը միայն Ձեզ և Ձեր ընտանիքի այն անդամների համար է, ովքեր հաստատվել են կանխիկ դրամական օգնություն ստանալու համար: Կանխիկ դրամական օգնությունը նախատեսված է Ձեր ընտանիքի հիմնական կարիքների (բնակարանային պայմաններ, սնունդ, հագուստեղեն և այլն) բավարարմանը նպաստելու համար: Ապահով պահեք Ձեր նպաստները: Որևէ մեկին մի՝ հայտնեք Ձեր PIN համարը: PIN համարը մի՝ պահեք Ձեր EBT քարտի հետ:
- Ձեր EBT քարտի ցանկացած օգտագործում Ձեր, կենցաղի անդամի, լիազոր ներկայացուցչի կամ որևէ մեկի կողմից, ում կամավոր տվել եք Ձեր EBT քարտը կամ PIN-ը, կհամարվի Ձեր հավանությանը իրականացված, և Ձեր հաշվից հանված որևէ նպաստ **2Ի** վերականգնվի:

Medi-Cal և առողջապահական խնամք.

- Medi-Cal-ի համար կստանաք նպաստների նույնականացման քարտ (Benefits Identification Card, BIC):
 - Ստորագրեք Ձեր BIC քարտը, երբ այն ստանաք, և օգտագործեք միայն անհրաժեշտ առողջապահական ծառայություններ ստանալու նպատակով:
 - Երբեք դեմ մի նետեք Ձեր BIC քարտը (եթե մենք նոր BIC չենք տալիս Ձեզ): Հարկավոր է BIC-ը պահել, նույնիսկ եթե այլևս չեք օգտվում Medi-Cal-ից: Դուք կարող եք նույն BIC-ն օգտագործել, եթե նորից կանխիկ դրամական օգնություն կամ Medi-Cal ստանաք:
 - Երբ Դուք կամ ընտանիքի անդամը հիվանդ եք կամ այցելում եք բժշկին, BIC քարտը ներկայացրեք բժշկական ծառայություն մատուցողին:
 - Արտակարգ իրավիճակում, իրավիճակի առաջացումից հետո հնարավորինս շուտ, BIC քարտը ներկայացրեք բժշկական ծառայություն մատուցողին, ով իրականացրել է Ձեր կամ Ձեր ընտանիքի անդամի (անդամների) բուժումը:
 - Այլ առողջապահական ծրագրերի դեպքում Դուք բժշկական ապահովագրության պլանի քարտ կստանաք Ձեզ սպասարկող փոստատարից:

Ընդհանուր օգնություն և Սոցիալական նպաստներ.

- Ընդհանուր օգնությունը և Սոցիալական նպաստները վարչաշրջանի ծրագրերն են երեխա չունեցող չափահասների համար: Վարչաշրջանը Ձեզ կտեղեկացնի Ձեր իրավունքների ու պարտականությունների մասին, ինչպես նաև ծրագրի կանոնների մասին, եթե Դուք դիմում եք այս ծրագրերից մեկի համար:

Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:

Խնդրում ենք գրել սև կամ կապույտ թանաքով, քանի որ այդպես ավելի հեշտ է կարդալ և առավել լավ է պատճենահանվում: Խնդրում ենք տպագիր գրել Ձեր պատասխանները: Եթե հարցին (հարցերին) պատասխանելու համար ավելի շատ տեղ է հարկավոր, կցեք լրացուցիչ թերթեր՝ տեղեկությունները տրամադրելու համար: Անպայման նշեք, թե լրացուցիչ թերթի վրա որ հարցի մասին եք գրում:



1. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԴԻՄՈՂԻ ՄԱՍԻՆ

ԱՆՈՒՆԸ (ԱՆՈՒՆ, ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)		ԱՅԼ ԱՆՈՒՆՆԵՐ (ՕՐԻՈՐԴԱԿԱՆ ԱԶԳԱՆՈՒՆ, ՄԱԿԱՆՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԱՅԼ)		ՄՈՑԻԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ (Եթե ՈՒՆԵՔ ԵՎ ԴԻՄՈՒՄ ԵՔ ԱՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)	
ՏԱՆ ՀԱՍՑԵՆ ԵՎ ԴԵՊՈԶԻՏՈՒՆ ՏԱՆՈՂ ՈՒՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	ԲՆԱԿԱՐԱՆ #	ՔԱՂԱՔԸ	ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԸ	ՆԱՀԱՐԸ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ
ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵՆ (Եթե ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾԻՑ ՏԱՐԲԵՐ Է)	ԲՆԱԿԱՐԱՆ #	ՔԱՂԱՔԸ	ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԸ	ՆԱՀԱՐԸ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ

Ես ուզում եմ այս դիմումի վերաբերյալ տեղեկատվություն ստանալ էլեկտրոնային փոստով: ☐ Այո ☐ Ոչ

ՏԱՆ ՀԵՌԱՆՈՒՍԸ

ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ/ԱՅԼԸՆՏՐԱՆՔԱՅԻՆ/ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԹՈՂՆԵԼՈՒ ՀԵՌԱՆՈՒՍԸ

Ես ուզում եմ իմ գործի վերաբերյալ հաղորդագրություններ ստանալ էլեկտրոնային փոստով: ☐ Այո ☐ Ոչ

ԷԼՓՈՍՏԻ ՀԱՍՑԵՆ

Ո՞ր ծրագրերի համար եք Դուք դիմում: ☐ CalFresh ☐ Կանխիկ դրամական օգնություն

☐ Բժշկական ապահովագրություն ☐ Այլ _____

Դուք ունե՞ք հաշմանդամություն և օգնության կարիք՝ դիմումը լրացնելու համար: ☐ Այո ☐ Ոչ

Դուք անօթևան եք: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե **այո**, վարչաշրջանին անհապաղ տեղյակ պահեք Ձեր անօթևան լինելու մասին, որպեսզի Ձեզ կարողանան օգնել գտնել որևէ հասցե, որը կօգտագործվի Ձեր դիմումն ընդունելու և վարչաշրջանից Ձեր գործի մասին ծանուցագրեր ստանալու համար:

Ո՞ր լեզվով եք նախընտրում կարդալ (եթե այդ լեզուն անգլերենը չէ): _____

Ո՞ր լեզվով եք նախընտրում խոսել (եթե այդ լեզուն անգլերենը չէ): _____

Վարչաշրջանն անվճար կտրամադրի թարգմանիչ: Եթե խուլ եք կամ թույլ լսողություն ունեք, նշեք այստեղ ☐

 Ձեր կենցաղի ամսական համախառն եկամուտը \$150-ից քիչ է, և կանխիկ փողի, ընթացիկ չեկային և խնայողական հաշիվներում առկա փողի գումարը \$100 կամ ավելի պակաս է:	☐ Այո ☐ Ոչ	 Ձեզ սպասարկվող կոմունալ ծառայություններն անջատվե՞լ են, կամ ստացե՞լ եք անջատման մասին ծանուցագիր:	☐ Այո ☐ Ոչ
 Ձեր կենցաղի սիցալային համախառն եկամուտը և իրացվելի փողոցները ավելի քիչ են, քան վարձակալության վճարի կամ գրավարման փոխառության և կենցաղային ծառայությունների վճարման ընդհանուր գումարը:	☐ Այո ☐ Ոչ	 Ձեր սննդամթերքը կապովի՞ 3 օրվա ընթացքում կամ ավելի շուտ:	☐ Այո ☐ Ոչ
 Ձեր կենցաղի արտադրյալ կամ սեզոնային գյուղատնտեսական աշխատողի ընտանիք է \$100 չգերազանցող իրացվելի փողոցներով:	☐ Այո ☐ Ոչ	 Ունե՞ք փոխադրման հետ կապված օգնության կարիք, որպեսզի ձեռք բերեք սննդամթերք, հագուստեղեն, բժշկական խնամք կամ այլ ծայրահեղ անհրաժեշտության ապրանք(ներ):	☐ Այո ☐ Ոչ
 Դուք ունե՞ք վտարման մասին ծանուցագիր կամ տան վարձը վճարելու կամ դուրս գալու մասին հիշեցում:	☐ Այո ☐ Ոչ	 Դուք ունե՞ք անհրաժեշտ հագուստի կարիք, օրինակ՝ խանձարուրի կամ ցուրտ եղանակի համար նախատեսված հագուստի:	☐ Այո ☐ Ոչ

Ընտանիքում հղի կա՞: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, նա ստացե՞լ է Ենթադրական համապատասխանության քարտ (Presumptive Eligibility card): ☐ Այո ☐ Ոչ

 Ձեր կենցաղում որևէ մեկը գտնվո՞ւմ է անձնական արտակարգ հանգամանքներում: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե **այո**, նշեք վանդակը՝ ☐ Հղիություն ☐ Անհետաձգելի բուժօգնության կարիք ☐ Բռնություն երեխայի նկատմամբ ☐ Ընտանեկան բռնություն ☐ Բռնություն տարեց անձանց նկատմամբ ☐ Առողջությանը կամ անվտանգությանը սպառնացող այլ արտակարգ հանգամանքներ: Բացատրեք.

Ես հասկանում եմ, որ, կեղծ վկայության (կեղծ հայտարարությունների) համար պատժի ահի ներքո այս դիմումը ստորագրելով՝

- Ես կարդացել եմ, կամ ինձ համար կարդացել են, այս դիմումի մեջ տրված տեղեկություններն ու իմ պատասխանները դիմումում տրված հարցերին.
- բոլոր պատասխանները, որոնք տվել եմ SAWS 2 Plus-ի 1-17-րդ էջերում և Ա-ից մինչև Ե հավելվածներում, ճշմարիտ են, ստույգ են և ավարտուն են այնքանով, որքանով տեղյակ եմ.
- Ես կարդացել եմ, կամ ինձ համար կարդացել են, և ես հասկանում ու ընդունում եմ «Բրավունքները և պարտականությունները» (Ծրագրի կանոնները, էջ 1).
- Ես կարդացել եմ, կամ ինձ համար կարդացել են, «Ծրագրի կանոնները և տուգանքները» (Ծրագրի կանոնները, էջ 2-4).
- Ես հասկանում եմ, որ, ծրագրի պահանջներին համապատասխանությունը հաստատելու նպատակով կեղծ կամ մոլորեցնող հայտարարություններ անելը կամ փաստերը խեղաթյուրելը, թաքցնելը կամ չհայտնելը խարդախություն է, և որ ես կարող եմ տուգանքների ենթարկվել դաշնային օրենսդրության համաձայն, եթե տրամադրեմ կեղծ կամ ոչ ճշմարիտ տեղեկություններ: Խարդախության պատճառով կարող է թրեական գործ հարուցվել իմ դեմ, և (կամ) ես կարող եմ որոշ ժամանակով (կամ ցմահ) ազատազրկվել CalFresh նպաստներ և կանխիկ դրամական օգնություն ստանալու համար.
- Ես հասկանում եմ, որ նպաստների համար դիմող ընտանիքի անդամների սոցիալական ապահովության համարները կամ ներգաղթային կարգավիճակները կարող են դաշնային օրենսդրությամբ պահանջվող դեպքերում հաղորդվել համապատասխան կառավարական հաստատություններին.
- Ես Medi-Cal գործակալությանը իրավունք եմ տալիս հետամուտ լինելու և փող ստանալու առողջության ապահովագրություն իրականացնող այլ կազմակերպություններից, դատական կարգավորումներից կամ այլ երրորդ անձանցից:

ԴԻՄՈՂԻ, ԽԱՄՈՂ ԱԶԳԱԿԱՆ (ԿԱՄ ԿԵՆՏՐԻ ԶՄՓԱՀԱՍ ԱՆԴԱՄԻ ԿԱՄ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՑԱՑՈՒՑԻ՝ ԿԱՄ ԽԱՄԱԿԱԼԻ) ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ԱՄՄԱԹԻՎԸ
*Եթե Լիազոր ներկայացուցիչ ունեք, խնդրում ենք լրացնել հաջորդ էջի 2-րդ հարցը:	
ԱՄՈՒՄՆԵՐԻ, ԱՅԼ ԾՈՂԻ, ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՑՈՂ ԱՅԼ ԶՄՓԱՀԱՍ ԿԱՄ ԳՐԱՆՑՎԱԾ ՔԱՂԱՔԱՅԻՆԱԿԱՆ ԶՈՒԳՆԿԵՐՈՋ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ԱՄՄԱԹԻՎԸ

SAWS 2 PLUS (Armenian) (4/15)

PAGE 1 OF 17



2. ԿԵՆՑԱՐԻ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԸ

Դուք իրավունք ունեք 18 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի որևէ մեկին լիազորելու, որպեսզի նա Ձեր կենցաղին օգնի CalFresh նպաստներ ստանալու հարցում: Այդ մարդը նաև կարող է հարցազրույցի ժամանակ խոսել Ձեր անունից, օգնել լրացնել ձևաթղթերը, գնումներ կատարել Ձեզ համար և հաղորդել փոփոխությունների մասին Ձեր փոխարեն: Դուք պարտավոր կլինեք փոխհատուցել բոլոր նպաստները, որոնք կարող եք սխալմամբ ստանալ այն տեղեկությունների պատճառով, որոնք այդ մարդը տրամադրում է վարչաշրջանին, և ցանկացած նպաստ, որը չեք ցանկացել, որ նա ծախսի, չի վերականգնվի: Եթե Դուք Լիազոր ներկայացուցիչ եք, հարկ կլինի Ձեր և դիմողի անձը հաստատող փաստաթուղթ ներկայացնել վարչաշրջանին:

Ուզու՞մ եք ինչ-որ մեկին որպես օգնական նշանակել Ձեր CalFresh ծրագրի գործում: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, լրացրեք հետևյալ բաժինը՝

ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԻ ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ
------------------------------	--------------------------------------

Ուզու՞մ եք ինչ-որ մեկին նշանակել, որ նա CalFresh նպաստներ ստանա ու ծախսի Ձեր կենցաղի համար: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, լրացրեք հետևյալ բաժինը՝

ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ
--------	----------------

ՀԱՍՑԵՆ	ՔԱՂԱՔԸ	ՆԱՀԱԳԸ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ
--------	--------	--------	------------------



2a. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉ

Դուք կարող եք վստահված անձին թույլատրել խոսել առողջության ապահովագրության համար ներկայացված Ձեր դիմումի մասին, տեսնել Ձեր մասին տեղեկությունները և Ձեր անունից գործել այն հարցերով, որոնք վերաբերում են Ձեր դիմումի այս բաժնին: Ուզու՞մ եք լիազոր ներկայացուցիչ ընտրել Ձեր դիմումի՝ առողջության ապահովագրությանը վերաբերող բաժնի համար: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, լրացրեք Հավելված Գ-ում տրված տեղեկությունները:



3. Արդյո՞ք Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ Ամերիկայի հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ եք: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո, և եթե դիմում եք բուժապասարկման համար, լրացուցիչ հարցերին պատասխանել կարող եք Հավելված Բ-ում:



ՌԱՍՄԱՅԱԿԱՆ ԿԱՍ ԱԶԳԱՅԻՆ ՊԱՏԿԱՆԵԼՈՒԹՅՈՒՆ

Ռասայական և ազգային պատկանելության մասին տեղեկատվությունը կամրնտիր է: Դա պահանջվում է՝ հավաստիանալու համար, որ նպաստները տրվում են առանց ռասայի, մաշկի գույնի կամ ազգային ծագումը հաշվի առնելու: Ձեր պատասխանները չեն ազդի Ձեր իրավունակության կամ նպաստների չափի վրա: Նշեք Ձեզ համապատասխանող բոլոր տվյալները: Ըստ օրենքի վարչաշրջանը պետք է գրանցի Ձեր էթնիկ խումբը և ռասան:

☐ Նշեք այս վանդակը, եթե չեք ցանկանում վարչաշրջանին տեղեկատվություն տրամադրել Ձեր ռասայական և ազգային պատկանելության մասին: Եթե չնշեք, վարչաշրջանն այդ տեղեկատվությունը կմուտքագրի միայն քաղաքացիական իրավունքների վիճակագրության համար:

Եթե դուք ԿԱՍ ՈՒՆԵՔ ԻՍԴԱՆԱԽՈՍ, ԼԱՏԻՆԱՄԵՐԻԿԱՆ ԿԱՍ ԻՍԴԱՆԱԿԱՆ ԾԱԳՈՒՄ:	Եթե ՈՒՆԵՔ ԻՍԴԱՆԱԽՈՍ ԿԱՍ ԼԱՏԻՆԱՄԵՐԻԿԱՆ ԾԱԳՈՒՄ, ԴՈՒՔ ՁԵԶ ՀԱՄԱՐՈՒՄ ԵՔ՝
☐ Այո ☐ Ոչ	☐ մեքսիկացի ☐ պուերտոռիկացի ☐ կուբացի ☐ Այլ _____



ՌԱՍՄԱՅԱԿԱՆ ԿԱՍ ԷԹՆԻԿ ԾԱԳՈՒՄԸ

☐ սպիտակամորթ ☐ Ամերիկայի հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ ☐ սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի

☐ այլ կամ խառնածին _____



☐ ասիացի (եթե այս տարբերակն է նշվում, խնդրում ենք ընտրել ստորև նշվածներից մեկը կամ մի քանիսը)՝

☐ ֆիլիպինցի ☐ չինացի ☐ ճապոնացի ☐ կամբոջացի ☐ կորեացի ☐ վիետնամցի ☐ ասիացի հնդիկ ☐ լատացի

☐ այլ ասիացի (նշեք) _____

☐ բնիկ հավայացի կամ այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզիաբնակ (եթե այս տարբերակն է նշվում, խնդրում ենք ընտրել ստորև նշվածներից մեկը կամ մի քանիսը)՝ ☐ բնիկ հավայացի ☐ գուամցի կամ չամորո ☐ սամուացի



4. ՆԱԽԸՆՏՐԵԼԻ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՑԸ

Ձեզից կպահանջվի հարցազրույց անցնել վարչաշրջանում Ձեր դիմումը քննարկելու և կանխիկ դրամական օգնություն կամ CalFresh նպաստներ ստանալու համար: CalFresh-ի համար նախատեսված հարցազրույցները, սովորաբար, անցկացվում են հեռախոսով, եթե չեք կարող հարցազրույց անցնել Ձեր դիմումն անձամբ վարչաշրջանին հանձնելու ժամանակ, կամ եթե չեք նախընտրում առերես հարցազրույց: Կանխիկ դրամական օգնության համար դիմողները պետք է առերես հարցազրույց անցնեն: Եթե դիմում եք CalWORKs և CalFresh ծրագրերի համար, Ձեր CalFresh հարցազրույցը կանցկացվի CalWORKs-ի հետ միաժամանակ, սովորական աշխատանքային ժամերին:

☐ Խնդրում ենք նշել այս վանդակը, եթե նախընտրում եք առերես հարցազրույց CalFresh-ի համար:

☐ Խնդրում ենք նշել այս վանդակը, եթե հաշմանդամության պատճառով այլ պայմանավորվածություններ ձեռք բերելու կարիք ունեք:



5. ԱՅԼ ԾՐԱԳՐԵՐ

Ձեր կենցաղում որևէ մեկը երբևէ ստացել է սոցիալական օգնություն (Կարիքավոր ընտանիքների ժամանակավոր օգնություն (Temporary Assistance for Needy Families, Ցեղային TANF, Medicaid), Լրացուցիչ պարենային օգնության ծրագիր [պարենային կտրոններ] (Supplemental Nutrition Assistance Program), Ընդհանուր օգնություն կամ Սոցիալական նպաստներ (General Assistance/General Relief) և այլն): ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե ԱՅՈՒՆ Ո՞՛ր:	ՈՐՏԵ՛Ղ (ՎԱՐՉԱԵՐՁԱՆԱՀԱՄԱՐ):
Եթե ԱՅՈՒՆ Ո՞՛ր:	ՈՐՏԵ՛Ղ (ՎԱՐՉԱԵՐՁԱՆԱՀԱՄԱՐ):

6. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԿԵՆՑԱՂԻ ՄԱՍԻՆ. ՉԱՓԱՀԱՄԱՆԵՐ

Լրացրեք հետևյալ տեղեկությունները տան բոլոր չափահասների վերաբերյալ: Եթե դիմում եք առողջապահական ապահովագրության համար, ներառեք նաև Ձեր հարկային հայտարարագրում նշված չափահաս անձանց: Եթե դիմում եք կանխիկ դրամական օգնության համար, ու տանը մեկից ավելի չափահաս կա, ով դիմում է կանխիկ դրամական օգնության համար կամ ով հանդիսանում է օգնության համար դիմող երեխայի ծնողը, լրացրեք նաև Դ հավելվածը:

ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող անձանց դեպքում, ում համար դիմում եք, խնդրում ենք պատասխանել լրացուցիչ 6e և 6f հարցերին:

ԴԻՄՈՒՄ ՆՊԱՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ (նշեք յուրաքանչյուր տեսակը)				ԱՆՈՒՆԸ (ազգանուն, անուն, միջին անվան սկզբնատառը)	Ի՞նչ կապ ունի անձը Ձեզ հետ:	ԾՆՆՑԱՆ ԹՎԱԿԱՆԸ	ՍԵՌԸ (Ա ԿԱՄ Ի)	Ընտանեկան դրությունը				Ցերեկային բաժնի ուսումնող (թե՛ այո, նշեք)	Հաշվառվում (թե՛ այո, նշեք)	Պատասխանեք միայն ստորև տրված հարցին յուրաքանչյուր անձի մասին, ով դիմում է նպաստների համար:	Սոցիալական ապահովության քարտի համարը կամ րնտիր է այն անդամների դեպքում, ովքեր չեն դիմում նպաստների համար:
CalFresh	Կանխիկ դրամական օգնություն	Ինտեգրացիոն կապ	Medi-Cal					Անդամակցություն	Անդամակցություն	Բաժանված	Անդամակցություն				
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Այո ☐ Ոչ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Այո ☐ Ոչ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Այո ☐ Ոչ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Այո ☐ Ոչ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Այո ☐ Ոչ	

*Կանխիկ դրամական օգնությունը ներառում է նաև Ընդհանուր օգնության ևՍոցիալական նպաստների ծրագրերը:

 6a. 6-րդ հարցում թվարկված բոլոր անձանց կոնտակտային տվյալները նույնն են: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե ոչ, ստորև լրացրեք անձի կոնտակտային տվյալները:
Եթե այո, անցեք հաջորդ հարցին:

ԱՆՈՒՆԸ (ԱՆՈՒՆ, ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ ԵՎ ԱԶԳԱՆՈՒՆ)	ՏԱՆ (ՓԱՍՏԱՑԻ) ՀԱՍՑԵՆ	ԲՆԱԿԱՐԱՆ #	ՔԱՂԱՔԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ	ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ
ՏԱՆ ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐԸ	ՓՈՍՏԱՑԻՆ ՀԱՍՑԵՆ (Եթե ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾԻՑ ՏԱՐԲԵՐ Է)	ԲՆԱԿԱՐԱՆ #	ՔԱՂԱՔԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ	ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ
ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՑԻՆ/ԱՅԼԸՆՏՐԱՆՔԱՑԻՆ/ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԹՈՂՆԵԼՈՒ ՀԵՌԱՌՈՍԸ	ԷԼՓՈՍԻ ՀԱՍՑԵՆ (ԿԱՄԸՆԻՐ)				

ԱՆՈՒՆԸ (ԱՆՈՒՆ, ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ ԵՎ ԱԶԳԱՆՈՒՆ)	ՏԱՆ (ՓԱՍՏԱՑԻ) ՀԱՍՑԵՆ	ԲՆԱԿԱՐԱՆ #	ՔԱՂԱՔԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ	ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ
ՏԱՆ ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐԸ	ՓՈՍՏԱՑԻՆ ՀԱՍՑԵՆ (Եթե ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾԻՑ ՏԱՐԲԵՐ Է)	ԲՆԱԿԱՐԱՆ #	ՔԱՂԱՔԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ	ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ
ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՑԻՆ/ԱՅԼԸՆՏՐԱՆՔԱՑԻՆ/ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԹՈՂՆԵԼՈՒ ՀԵՌԱՌՈՍԸ	ԷԼՓՈՍԻ ՀԱՍՑԵՆ (ԿԱՄԸՆԻՐ)				

6b. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԿԵՆՑԱՂԻ ՄԱՍԻՆ. ԵՐԵՖԱՆԵՐ

Լրացրեք հետևյալ տեղեկությունները տան բոլոր երեխաների վերաբերյալ: Եթե դիմում եք առողջապահական ապահովագրության համար, ներառեք նաև Ձեր հարկային հայտարարագրում նշված երեխաներին:

ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող անձանց դեպքում, ում համար դիմում եք, խնդրում ենք պատասխանել լրացուցիչ 6e և 6f հարցերին:

ԴԻՄՈՒՄ ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ (նշեք յուրաքանչյուր տեսակը)				ԱՆՈՒՆԸ (ազգանուն, անուն, միջին անվան սկզբնատառը)	Ի՞նչ կապ ունի անձը Ձեզ հետ:	ՄԱՆՈՒՆ ԹՎԱԿԱՆԸ	ՄԱՆՈՒՆ ՎԱՅՈՐԸ	ՄԵՈՐԸ (Ա / Ի)	Նշեք այն ամենը, ինչ վերաբերում է երեխայի մեկ կամ երկու ծնողներին					Ցերեկային բաժնի ուսումը (Եթե այո, նշեք)	Լուսանկարներն արդիական են (Եթե այո, նշեք)	Պատասխանեք միայն ստորև տրված հարցին յուրաքանչյուր անձի մասին, ով դիմում է նպաստների համար:	Սոցիալական ապահովության քարտի համարը կամ ընտիր է այն անդամների դեպքում, ովքեր չեն դիմում նպաստների համար:
CalFresh	Մեդի-Կալ Ստորագրության օգնություն	Խնամք	Ոչ մի						Ընտանիքում չէ	Գործազուրկ	Հաշմանդամ	Մահացել է	Ոչ մի				
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Այո ☐ Ոչ	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Այո ☐ Ոչ	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Այո ☐ Ոչ	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Այո ☐ Ոչ	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Այո ☐ Ոչ	

6c. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ
Օգնության համար դիմող ամեն ոք ունի՝ սոցիալական ապահովության համար: ☐ Այո ☐ Ոչ Անհրաժեշտ է ներկայացնել օգնության համար դիմող
յուրաքանչյուր անձի սոցիալական ապահովության համարը: Որոշ բացառություններ կան նրանց համար, ովքեր ընտանեկան բռնության կամ այլ
հանցագործությունների զոհեր են, ինչպիսին է մարդկանց առևտուրը: Եթե օգնության կարիք ունեք սոցիալական ապահովության համար ձեռք
բերելու հարցում, զանգահարեք 1-800-772-1213 կամ այցելեք www.socialsecurity.gov համացանցային կայքը:

ԱՆՈՒՆԸ	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ԶՈՒՆԵՆԱԼՈՒ ՊԱՏՃԱՌԸ	SSN-Ի ՀԱՄԱՐ ԴԻՄԱԾ
	☐ Անձը մեկ տարեկանից փոքր երեխա է: ☐ Դա հակասում է անձի կրոնին: ☐ Այս անձը չի համապատասխանում SSN ստանալու պահանջներին: ☐ Այլ _____	Այս անձը դիմել է սոցիալական ապահովության համարի համար: ☐ Այո ☐ Ոչ
	☐ Անձը մեկ տարեկանից փոքր երեխա է: ☐ Դա հակասում է անձի կրոնին: ☐ Այս անձը չի համապատասխանում SSN ստանալու պահանջներին: ☐ Այլ _____	Այս անձը դիմել է սոցիալական ապահովության համարի համար: ☐ Այո ☐ Ոչ



6d. Որևէ մեկը ծառայել է ԱՄՆ Զինված ուժերում, կամ նա հանդիսանում է ծառայած անձի

ամուսին, ծնող կամ երեխա: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալ տեղեկությունները: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

Անունը	ԱՄՆ քաղաքացի է:	(✓) Կարգավիճակը	Դրական բնութագրող վե գործարար:	Ծառայության ժամանակաշրջանը
	☐ Այո ☐ Ոչ	☐ Իսկական զինվորական ծառայություն ☐ Վետերան ☐ Իսկական զինվորական ծառայության մեջ գտնվող անձի կամ վետերանի ամուսին, ծնող կամ երեխա	☐ Այո ☐ Ոչ	
	☐ Այո ☐ Ոչ	☐ Իսկական զինվորական ծառայություն ☐ Վետերան ☐ Իսկական զինվորական ծառայության մեջ գտնվող անձի կամ վետերանի ամուսին, ծնող կամ երեխա	☐ Այո ☐ Ոչ	



6e. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ՉՀԱՆԴԻՍԱՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՄԱՍԻՆ - ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԼՐԱՑՆԵԼ ՈՉ-ՔԱՂԱՔԱՑԻՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ, ՈՒՄ ՀԱՄԱՐ ԴԻՍՈՒՄ ԵՔ:

Անունը	ԱՄՆ մուտք գործելու օրը (եթե հայտնի է)	Այդ անձն ունի՞ օրինական ներգաղթային կարգավիճակ: Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել ներգաղթի փաստաթուղթը և համարը:	Այդ անձը 1996 թվականից ի վեր անընդհատորեն ապրել է ԱՄՆ-ում:	Այդ անձը հպատակագրված քաղաքացի է:	Հովանավորվում է (նշեք Այո կամ Ոչ): Եթե այո, պատասխանեք 6գ հարցին:
		ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՏԵՄԱԿՐ՝	☐ Այո ☐ Ոչ	☐ Այո ☐ Ոչ	☐ Այո ☐ Ոչ
		ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՀԱՄԱՐ՝			
		ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՏԵՄԱԿՐ՝	☐ Այո ☐ Ոչ	☐ Այո ☐ Ոչ	☐ Այո ☐ Ոչ
		ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՀԱՄԱՐ՝			
		ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՏԵՄԱԿՐ՝	☐ Այո ☐ Ոչ	☐ Այո ☐ Ոչ	☐ Այո ☐ Ոչ
		ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՀԱՄԱՐ՝			

Վերը թվարկվածներից որևէ մեկն ունի՞ 10 տարվա (40 եռամսյակի) աշխատանքային կենսագրություն: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո՝ ո՞վ: _____

Վերը թվարկվածներից որևէ մեկն ունի՞ կամ դիմել է կամ մտադի՞ր է դիմել T-վիզայի կամ U-վիզայի համար, կամ ներկայացրել է VAWA խնդրագիր:

☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո՝ ո՞վ: _____

Որևէ մեկն իր ներգաղթային կարգավիճակը փոխել է վերջին 12 ամսվա ընթացքում:

☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալ տեղեկությունները:

Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

ԱՆՈՒՐԸ	ԻՆՉՆ Է ՓՈԽՎԵԼ:	ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՕՏԱՐԵՐԿՐԱՑՈՒ ՀԱՄԱՐԸ (Եթե ԿԻՐԱՌԵԼԻ Է)
ԱՆՈՒՐԸ	ԻՆՉՆ Է ՓՈԽՎԵԼ:	ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՕՏԱՐԵՐԿՐԱՑՈՒ ՀԱՄԱՐԸ (Եթե ԿԻՐԱՌԵԼԻ Է)

6f. Տեղեկություններ հովանավորվող ոչ-քաղաքացիների մասին - Խնդրում ենք պատասխանել ոչ-քաղաքացիների վերաբերյալ, ում համար դիմում եք:

Հովանավորը ստորագրել է I-864 ձևը: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել հարցի ժապավենի մասին: Եթե հովանավորը ստորագրել է I-134 ձևը, **բաց թողեք** այս հարցը:

Հովանավորը կանոնավորապես օգնու՞մ է փողով: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո՝ որքա՞ն: \$ _____

Հովանավորը կանոնավորապես օգնու՞մ է ստորև նշված որևէ հարցով (նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները):

☐ վարձավճար ☐ հազուստ ☐ սնունդ ☐ այլ _____

Հովանավորի ԱՆՈՒՆԸ	Ո՞վ է Հովանավոր-ՎՈՐԻՄ:	Հովանավորի ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ
Հովանավորի ԱՆՈՒՆԸ	Ո՞վ է Հովանավոր-ՎՈՐԻՄ:	Հովանավորի ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ

6g. 6-րդ հարցում թվարկվածներից որևէ մեկը, ով 21 տարեկանից ցածր է, ունի՞ ծնող, որը տանը չի ապրում:

☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, նշեք երեխայի (երեխաների) անունը և ծնողների անունը (անունները), ովքեր տանը չեն ապրում: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

ԵՐԵՄԱՑԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՏԱՆԸ ՉԱՊՐՈՂ ԾՆՈՂԻ (ԾՆՈՂՆԵՐԻ) ԱՆՈՒՆԸ
ԵՐԵՄԱՑԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՏԱՆԸ ՉԱՊՐՈՂ ԾՆՈՂԻ (ԾՆՈՂՆԵՐԻ) ԱՆՈՒՆԸ

6h. 6-րդ հարցում նշվածներից որևէ մեկն ապրու՞մ է 19 տարեկանից ցածր առնվազն մեկ երեխայի հետ, և արդյո՞ք նա երեխայի խնամքն իրականացնող գլխավոր անձն է:

☐ Այո ☐ Ոչ Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին: Եթե այո՝ ո՞վ: _____

6i. 6-րդ հարցում թվարկվածներից որևէ մեկն ունի՞ ֆիզիկական, մտավոր, հուզական անլիարժեքություն կամ հաշմանդամություն զարգացման արատի հետևանքով, որոնք սահմանափակում են նրա գործունեությունը (օրինակ՝ լոգանք ընդունել, հագնվել, կատարել ամենօրյա տնային գործեր): ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք թվարկել հաշմանդամություն ունեցող անձի անունը (անձանց անունները): Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

Անունը՝ _____ Անունը՝ _____

6j. Լրացրեք 6-րդ հարցում նշված յուրաքանչյուր հաշմանդամ անձի համար:

Անձի անունը	Այդ անձին հարկավո՞ր է ամենօրյա կարիքների բավարարման ուղղված գործողությունների հետ կապված օգնություն անձնական օժանդակության կամ բուժհաստատության միջոցով: ☐ Այո ☐ Ոչ
Հաշմանդամության սպասվող տևողությունը՝ ☐ 30 days or more ☐ 12 months or more	Այդ անձն աշխատու՞մ է և ունի՞ բժշկական ծախսեր, որոնք անհրաժեշտ են, որպեսզի նրան պահեն աշխատունակ վիճակում: Օրինակ՝ անվասայլակ, ոտքի պրոթեզներ և այլն: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պարզաբանել:
Այդ անձն ունի՞ խնամքի կարիք, որպեսզի մեկ ուրիշը կարողանա աշխատել կամ դպրոց հաճախել: ☐ Այո ☐ Ոչ	Այս անձը գտնվո՞ւմ է բժշկական հաստատությունում կամ ծերանոցում: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, ո՞րն է բժշկական հաստատության կամ ծերանոցի անունը:
Անձի անունը	Այդ անձին հարկավո՞ր է ամենօրյա կարիքների բավարարման ուղղված գործողությունների հետ կապված օգնություն անձնական օժանդակության կամ բուժհաստատության միջոցով: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, պարզաբանել:
Հաշմանդամության սպասվող տևողությունը՝ ☐ 30 days or more ☐ 12 months or more	Այդ անձն աշխատու՞մ է և ունի՞ բժշկական ծախսեր, որոնք անհրաժեշտ են, որպեսզի նրան պահեն աշխատունակ վիճակում: Օրինակ՝ անվասայլակ, ոտքի պրոթեզներ և այլն: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պարզաբանել:
Այդ անձն ունի՞ խնամքի կարիք, որպեսզի մեկ ուրիշը կարողանա աշխատել կամ դպրոց հաճախել: ☐ Այո ☐ Ոչ	Այդ մարդը գտնվո՞ւմ է բուժհաստատությունում կամ ծերանոցում: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, ի՞նչ է բուժհաստատության կամ ծերանոցի անվանումը:

6k. Կենցաղի կա՞րելիս կամ հաշմանդամ անձ, ով Կենցաղում մեկ այլ անդամի խնամքի կարիք ունի:

☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պարզաբանել: Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:



6l. Ուսանողներ

Նպաստների համար դիմողներից որևէ մեկը հաճախում է քուեջ կամ պրոֆտեխնիկական ուսումնարան: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Անձի անունը	Դպրոցի կամ վարժարանի անվանումը	Զբաղվածության աստիճանը (✓ եջեք մեկը)	Աշխատում է:
		☐ Կես կամ ավելի դրույքով ☐ Կես դրույքից քիչ Ժամերի քանակը _____	Շաբաթական աշխատանքային ժամերի միջին քանակը _____
		☐ Կես կամ ավելի դրույքով ☐ Կես դրույքից քիչ Ժամերի քանակը _____	Շաբաթական աշխատանքային ժամերի միջին քանակը _____



6m. 6-րդ կամ 6b հարցերում նշվածներից որևէ մեկը հղի է կամ դեռահաս ծնող է: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել հարցին: Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Անունը	Այդ անձի տարիքը 20-ից ցածր է: ☐ Այո ☐ Ոչ Այդ անձը դեռահաս ծնող է: ☐ Այո ☐ Ոչ	Դպրոցական կարգավիճակը, եթե 20-ից ցածր տարիքի է ☐ Ունի միջնակարգ դպրոցի ավարտական վկայական ☐ Ունի ընդհանուր կրթության ատեստատ ☐ Կանոնավորապես հաճախում է դպրոց ☐ Ոչ կանոնավորապես է հաճախում դպրոց (բացատրեք պատճառը).	Ժամկետը (եթե հայտնի է)	Քանի՞ երեխա է սպասվում այդ հղիությունից:
Անունը	Այդ անձի տարիքը 20-ից ցածր է: ☐ Այո ☐ Ոչ Այդ անձը դեռահաս ծնող է: ☐ Այո ☐ Ոչ	Դպրոցական կարգավիճակը, եթե 20-ից ցածր տարիքի է ☐ Ունի միջնակարգ դպրոցի ավարտական վկայական ☐ Ունի ընդհանուր կրթության ատեստատ ☐ Կանոնավորապես հաճախում է դպրոց ☐ Ոչ կանոնավորապես է հաճախում դպրոց (բացատրեք պատճառը).	Ժամկետը (եթե հայտնի է)	Քանի՞ երեխա է սպասվում այդ հղիությունից:



6n. Որևէ մեկը երբևէ կանխիկ դրամական պարզև կամ տուգանք կամ երեխայի խնամքի հետ կապված օգնություն, տրանսպորտով տեղափոխման կամ այլ ծառայություն ստացել է Cal-Learn ծրագրից: ☐ Այո ☐ Ոչ

If այո, please answer the question. If ոչ, skip to the next question.

Անունը	Որտեղ (վարչաշրջանը)	Ստանալու ամսաթիվը (ամսաթվերը)



6o. 6-րդ հարցում թվարկվածներից որևէ մեկը հովանավորյալ խնամքի տակ եղել է: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք պարզաբանել:

Անունը	Երբ	Նահանգը	Այդ անձը 26 տարեկան կամ ավելի ցածր տարիքի է, և նա հովանավորյալ խնամքի տակ եղել է իր ծննդյան 18-րդ տարեդարձի օրը: ☐ Այո ☐ Ոչ
Անունը	Երբ	Նահանգը	Այդ անձը 26 տարեկան կամ ավելի ցածր տարիքի է, և նա հովանավորյալ խնամքի տակ եղել է իր ծննդյան 18-րդ տարեդարձի օրը: ☐ Այո ☐ Ոչ



6բ. Ձեր տանը որդեգրած երեխա ապրու՞մ է, որը ստանում է որդեգրման ծառայություններ: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո՝ ո՞վ: _____

Խնդրում ենք պատասխանել որդեգրված երեխայի (երեխաների) մասին հետևյալ հարցերին.

Արդյո՞ք այդ երեխան (երեխաները) Ձեր տուն է տեղափոխվել դատարանի խնամառության մասին կարգադրությամբ: ☐ Այո ☐ Ոչ

Դուք ուզո՞ւմ եք, որ հովանավորյալ խնամքի տակ գտնվող երեխան (երեխաները) հաշվառվեն Ձեր CalFresh գործի մեջ: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, ապա հովանավորյալ խնամքի եկամուտը, որը ստանում եք, կհամարվի չվաստակած եկամուտ:

Եթե ոչ, ապա հովանավորյալ խնամքի եկամուտը չի համարվի չվաստակած եկամուտ:



6գ. 6-րդ հարցում թվարկված բոլոր անձինք ապրու՞մ են Կալիֆորնիայում և մտադի՞ր են շարունակել այնտեղ ապրել: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե ոչ, խնդրում ենք պարզաբանել:



6բ. 6-րդ հարցում թվարկված անձանցից որևէ մեկը մտադի՞ր է Կալիֆորնիայից մեկնել 30-ից ավելի օրով: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք պարզաբանել:

ԱՆՈՒՆԸ	Ե՞ՐԲ Է ՆԱ ՄՏԱԴԻՐ ՄԵԿՆԵԼ:	ԱՅՐ ԱՆՁԸ ՄՏԱԴԻՐ Է ՎԵՐԱԴԱՌՆԱԼ ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱ: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ Եթե ԱՅՈ՝ Ե՞ՐԲ:
ԱՆՈՒՆԸ	Ե՞ՐԲ Է ՆԱ ՄՏԱԴԻՐ ՄԵԿՆԵԼ:	ԱՅՐ ԱՆՁԸ ՄՏԱԴԻՐ Է ՎԵՐԱԴԱՌՆԱԼ ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱ: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ Եթե ԱՅՈ՝ Ե՞ՐԲ:



7. Չվաստակած եկամուտ

Որևէ մեկը ստանո՞ւմ է եկամուտ, որն աշխատանքի արդյունք չէ (չվաստակած է): ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին:

Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Հետևյալ օրինակներից նշեք չվաստակած եկամտի բոլոր տեսակները, որոնք վերաբերում են Ձեզ (կարող են նաև լինել այստեղ չթվարկված տեսակներ)՝

☐ սոցիալական ապահովության վճար անաշխատունակության համար
☐ SSI/SSP
☐ կանխիկ դրամական օգնություն
☐ CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI/RCA
☐ հանրակացարան (վարձակալից)
☐ կենսաթոշակ
☐ երեխայի կամ ամուսնու ապրուստավճար
☐ վարձավճար կամ պատվավճարներ
☐ սոցիալական ապահովության կենսաթոշակային նպաստներ կամ կերակրողի մահվան դեպքում ընտանիքի անդամներին տրվող նպաստներ
☐ մեկ շնչին հասնող վճարումներ
☐ ուսումնական հաստատությունում ուսանողների աշխատանքի տեղավորման, «Սոցիալական ապահովությունից դեպի աշխատանք» կամ այլ ծրագիր

☐ պարտամուրհակների, պայմանագրերի, սեփականությունը կառավարելու վստահագրերի, հասարակ մուրհակների վաճառք
☐ վետերանների կրթական նպաստներ կամ եկամուտ
☐ պետական կամ երկաթուղայինների անաշխատունակության նպաստ կամ կենսաթոշակային ապահովում
☐ վետերանների նպաստներ կամ զինվորական կենսաթոշակ
☐ ֆինանսական օգնություն (դպրոցական դրամաշնորհներ, վարկեր կամ կրթաթոշակներ)
☐ դրամական պարգևներ կամ այլ փոխառություններ
☐ գործազրկության ապահովագրություն կամ հաշմանդամության պետական ապահովագրություն (SDI)

☐ Աշխատողի փոխհատուցում
☐ գյուղատնտեսական կամ ձկնորսական գուտ եկամուտ
☐ վիճակախաղերի կամ մոլեխաղերի շահույթներ
☐ օգնություն վարձի, սննդամթերքի կամ հագուստի համար վճարման հարցում
☐ ապահովագրությունից կամ դատական կարգավորումներից ստացվող գումարներ
☐ անձնական անաշխատունակության կամ կենսաթոշակային նպաստ
☐ շահաբաժին և տոկոսային եկամուտ
☐ գործադրվածություններին տրվող նպաստներ
☐ այլ _____

Անձը փո՞ղ է ստանում:	Որտեղի՞ց:	Որքա՞ն:	Ի՞նչ հաճախականությամբ է ստանում (մեկ անգամ, շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ կամ այլ)	Ակնկալվո՞ւմ է շարունակություն (Նշեք Այո կամ Ոչ)
				☐ Այո ☐ Ոչ
				☐ Այո ☐ Ոչ
				☐ Այո ☐ Ոչ
				☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե չի ակնկալվում, որ այս եկամուտը կշարունակվի, խնդրում ենք բացատրել.

8. Վաստակած եկամուտ

Որնե՞լ մեկը ստանում է եկամուտ աշխատանքից (վաստակած եկամուտ): ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին:

Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ. Սեփական գործ ունենալու դեպքում ստորև լրացրեք 8ա հարցը:

Խնդրում ենք թվարկել բոլոր եկամուտները **նախքան** հարկերի վճարումը կամ այլ հանումներ (համախառն եկամուտ):

Վաստակած եկամտի օրինակներ (այդ օրինակները կարող են լինել լրիվ դրույքով աշխատանք, ժամանակավոր սեզոնային աշխատանք կամ վերապատրաստում, և կարող են լինել այլ աշխատանքներ, որոնք այստեղ նշված չեն)

- ռոճիկներ
- միջնորդավճարներ
- թեյավճարներ
- աշխատավարձեր
- աշխատանքի տեղավորում (ուսանողների)
- ներառեք ցանկացած վճարովի աշխատանք, որոնք վարչաշրջանն է ձեզ օգնել ձեռք բերել:

Աշխատող անձը	Գործատուի անունը և հասցեն	Գործատուի հեռախոսահամարը	Ժամային դրույքը	Շաբաթական ժամերի միջին քանակը	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, այլ)	Այս ամիս ստացված ընդհանուր համախառն վաստակած եկամուտը	Ակնկալվում է շարունակություն (4 եք Այո կամ Ոչ)
			\$			\$	☐ Այո ☐ Ոչ
			\$			\$	☐ Այո ☐ Ոչ
			\$			\$	☐ Այո ☐ Ոչ
			\$			\$	☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե չի ակնկալվում, որ այս եկամուտը կշարունակվի, խնդրում ենք բացատրել.

Որնե՞լ մեկը վերջին 60 օրվա ընթացքում կորցրե՞լ է աշխատանք, փոխե՞լ է աշխատանքներ, թողե՞լ է աշխատանքը կամ կրճատե՞լ է աշխատանքային ժամերի քանակը: ☐ Այո ☐ Ոչ

Անցյալ տարի՝ ☐ Այո ☐ Ոչ

Վարչաշրջանն անձին օգնե՞լ է այս աշխատանքը ձեռք բերելու հարցում: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե ԱՅՈ՝ Ո՛չ:

ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ԿՈՐՑՆԵԼՈՒ, ԹՈՂԵԼՈՒ ԿԱՄ ՓՈԽԵԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ

ՎԵՐՋԻՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ

ՊԱՏՃԱՄՈՐ:

ՈՐԵՎԷ ՄԵԿԸ ԳՈՐԾԱԴՈՒՄԻ ԻՄ ԵՄԷՆԱԿՑՈՒՄ ԵՒ:

Եթե ԱՅՈ՝ Ո՛չ:

ԳՈՐԾԱԴՈՒՄԻ ԳՆԱԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ

ՎԵՐՋԻՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ

ՊԱՏՃԱՄՈՐ:

8a. Ինքնազբաղվածություն

Կենցաղի ինքնազբաղ անդամները կարող են վերցնել ինքնազբաղվածության փաստացի ծախսերը (կամ CalFresh-ի կամ կանխիկ դրամական օգնության դեպքում՝ ինքնազբաղվածության եկամտից կատարել ընդունված 40% հանում): Կանխիկ դրամական օգնության դեպքում նաև կարող եք որոշել օգտագործել ամսական միջինը (տարեկան ձեռնարկատիրական ծախսերը՝ 12 ամսվա վրա բաժանած): Եթե ընտրում եք փաստացի ծախսերը, պետք է ձեր ձեռնարկատիրական ծախսերը թվարկեք առանձին թերթի վրա:

Ինքնազբաղ անձը	Գործի անվանումը	Գործի տեսակը	Գործը սկսելու ամսաթիվը	Ամսական համախառն եկամուտը	Ինքնազբաղվածության ծախսերը (խնդրում ✓ ենք նշել մեկը)	*Ամսական գուտ եկամուտը
				\$	☐ 40% հաստատուն սակագին (CalFresh կամ դրամական օգնություն) ☐ Փաստացի ծախսեր \$ _____ ☐ Ամսական միջինը \$ _____	\$
				\$	☐ 40% հաստատուն սակագին (CalFresh կամ դրամական օգնություն) ☐ Փաստացի ծախսեր \$ _____ ☐ Ամսական միջինը \$ _____	\$
				\$	☐ 40% հաստատուն սակագին (CalFresh կամ դրամական օգնություն) ☐ Փաստացի ծախսեր \$ _____ ☐ Ամսական միջինը \$ _____	\$

* Ամսական գուտ եկամուտը ամսական համախառն եկամուտն է՝ հանած ծախսերը:



9. Այլ եկամուտ

Որևէ մեկը բնակարան կամ վարձակալություն, կոմունալ ծառայություններ, սնունդ կամ հագուստեղեն ստանում է անվճար կամ աշխատանքի դիմաց: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին:
Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Ի՞նչ է ստանում:	Անվճար	Աշխատանքի դիմաց	Ո՞վ է ստանում:	Արժեքը	Ո՞վ է տալիս:
Բնակարան կամ վարձակալություն	☐	☐		\$	
Կոմունալ ծառայություններ	☐	☐		\$	
Սնունդ	☐	☐		\$	
Հագուստ	☐	☐		\$	



10. Տարեկան եկամուտը

Որևէ մեկի ընդհանուր եկամուտը (չվաստակած, վաստակած և ինքնազբաղվածություն) փոխվե՞լ է ամսեամիս: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին:
Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Անձի անունը	Որքա՞ն կկազմի նրա ընդհանուր եկամուտը (եթե կարծում եք, որ այն տարբեր կլինի):
	\$
	\$



11. Կենցաղի երեխայի կամ չափահասի խնամքի ծախսերը (կրած ծախսի փաստացի գումարը, եթե թույլ տրվի ծախսերի հնարավոր նվազեցում):

Որևէ մեկը վճարում է երեխայի, անաշխատունակ չափահասի կամ այլ խնամարկյալի խնամքի համար, որպեսզի Դուք կամ մեկ այլ անձ կարողանաք գնալ աշխատանքի, դպրոց կամ գործ փնտրելու: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին:
Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Ո՞վ է խնամք ստացողը:	Ո՞վ է խնամողը (խնամողի անունը և հասցեն)	Վճարված գումարը:	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, այլ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Որևէ մեկը Ձեր օգնում է վճարել երեխայի կամ չափահաս անձի խնամքի վերը թվարկված ծախսերն ամբողջությամբ կամ մասամբ:

☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, լրացրեք ստորև:

Ո՞վ է խնամք ստացողը:	Ո՞վ է օգնում վճարել:	Վճարված գումարը:	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, այլ)
		\$	
		\$	



12. Երեխայի ապրուստավճարի վճարումներ

6-րդ հարցում թվարկվածներից որևէ մեկը օրենքով պարտավորվա՞ծ է վճարել երեխայի ապրուստավճար, ներառյալ նախկինում չվճարված ապրուստավճարները: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին:
Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Ո՞վ է վճարում երեխայի ապրուստավճարը:	Երեխայի (երեխաների) անունը, ում համար ապրուստավճար է վճարվում:	Վճարված գումարը:	Ի՞նչ հաճախականությամբ (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, այլ)
		\$	
		\$	



13. Ամուսնու ապրուստավճար կամ ալիմենտ



6-րդ հարցում թվարկվածներից որևէ մեկը օրենքով պարտավորված է վճարել ամուսնու ապրուստավճար կամ ալիմենտ:

☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել ստորև տրված հարցերին:

Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Ո՞վ է վճարում ամուսնու ապրուստավճարը կամ ալիմենտը:	Վճարված գումարը:	Ի՞նչ հաճախականությամբ (շաբաթը մեկ անգամ, երկու շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, այլ)
	\$	
	\$	



14. Հատուկ կարիքների ծախսեր

Որևէ մեկն ունի՞ առանձնահատուկ առողջական վիճակ կամ իրավիճակ, որը պահանջում է ստորև նշվածներից ցանկացածը:

Բժշկի նշանակած հատուկ սննդակարգ ☐ Այո ☐ Ոչ

Այլ հատուկ կարիք (նշեք) ☐ Այո ☐ Ոչ

Հատուկ հեռախոս կամ այլ սարքավորում ☐ Այո ☐ Ոչ

Տան գործեր (տան անդամներից ոչ ոք դա չի կարող անել) ☐ Այո ☐ Ոչ

Նշեք հատուկ կարիք ունեցող անձի անունը և բացատրեք՝

Կոմունալ ծառայությունների օգտագործում շատ մեծ չափով ☐ Այո ☐ Ոչ

Լվացքատան հատուկ ծառայություն ☐ Այո ☐ Ոչ



15. Տնային տնտեսության ծախսեր

Որևէ մեկը, ում հետ սնունդ եք գնում և պատրաստում, հաշիվ ստացել է տնային տնտեսության ծախսերի համար:

☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին:

Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

ՄԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ. Մի՛ ներառեք այն գումարները, որոնք վճարվել են բնակարանային հարցերով աջակցություն տրամադրող կազմակերպությունների, օրինակ՝ HUD կամ 8-րդ բաժնի կողմից: Ձեռուցումը և հովացումը, հեռախոսը, այլ կոմունալ ծառայություններն ու անօթևանների ապաստանը սահմանված նպաստներ են: Անհրաժեշտ է լրացնել այն գումարը, որը փաստացի պարտք եք:

Ծախսերի տեսակները	Ծախսեր ունե՞ք:	Ո՞վ է վճարում:	Պարտքի չափը	Ի՞նչ հաճախականությամբ է հաշիվ ներկայացվում (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ)
Վարձավճար կամ տան վարձ	☐ Այո ☐ Ոչ		\$	
Գույքահարկեր և ապահովագրական վճարներ (եթե հաշիվ է ներկայացվում վարձավճարից կամ գրավադրման փոխառությունից առանձին)	☐ Այո ☐ Ոչ		\$	
Գազ, էլեկտրականություն կամ ջեռուցման կամ հովացման համար օգտագործվող այլ վառելանյութ, ինչպիսիք են վառելափայտը կամ պրոպանը (եթե վարձավճարից կամ գրավադրման փոխառությունից առանձին են)	☐ Այո ☐ Ոչ			
Հեռախոս կամ բջջային հեռախոս	☐ Այո ☐ Ոչ			
Անօթևանների ապաստանի ծախս	☐ Այո ☐ Ոչ			
Ջուր, կեղտաջրեր, աղբ	☐ Այո ☐ Ոչ			
Ձեր կենցաղի անդամ չհանդիսացող որևէ մեկը Ձեզ օգնու՞մ է վճարել վերը թվարկված ծախսերը: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել:		Ո՞վ է օգնում վճարել:	Որքա՞ն: \$	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում

Ձեր կենցաղը որևէ վճարում ստանա՞ւմ է կամ ակնկալու՞մ է ստանալ Ցածր եկամուտներ ունեցող ընտանիքների էներգասպառման ծախսերի վճարումների օգնության ծրագրից (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP): ☐ Այո ☐ Ոչ



16. Բժշկական ծախսեր.

Արդյո՞ք Դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ սնունդ եք գնում և պատրաստում, տարեց (60 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի) կամ հաշմանդամ անձ եք, ով ունի կանխիկ բժշկական ծախսեր: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին:

Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

ՄԱՆՈՌՆԹՅՈՒՆ. Մի՞ նշեք ամուսիններին կամ երեխաներին, ովքեր խնամարկյալի վճարումներ են ստանում SSI ծրագրով տրվող կամ հաշմանդամության և կուրության համար տրվող նպաստներ ստացողի համար:

Թվարկեք այն ծախսերը, որոնք ակնկալում եք ունենալ մոտ ապագայում:

Թույլատրելի բժշկական ծախսերը ներառում են՝

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայություն | ☐ Medicare-ի ապահովագրական վճարներ (Medi-Cal ծախսերի մասնաբաժին և այլն) | ☐ տրանսպորտային ծախսեր (հեռավորությունը մղոններով կամ ուղեվարձը) և ժամանակավոր կացարան բուժում կամ բուժառաջություններ ստանալու համար |
| ☐ հոսպիտալացում, ամբուլատոր բուժում կամ բուժքույրական խնամք | ☐ ատամների պրոթեզներ, լսողական ապարատներ և պրոթեզավորում | ☐ նշանակված ակնոց և հպումային ոսպնյակներ |
| ☐ դեղատոմսով տրվող դեղեր | ☐ հիվանդապահի ծառայություններ, որոնք անհրաժեշտ են տարիքի, հիվանդության կամ տկարության պատճառով | ☐ նշանակված դեղորայք և սարքեր |
| ☐ առողջության և հոսպիտալացման ապահովագրական վկայագրի վճարներ | ☐ հիվանդապահին տրվող սննդի քանակը և ծախսը | ☐ ծառայողական կենդանիների ծախսեր (ուտելիք, անասնաբույժի հաշիվներ և այլն) |
| | ☐ առանց դեղատոմսի տրվող նշանակված դեղեր | |

Տարեց կամ հաշմանդամ անձի անունը	Ծախսի գումարը	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (ամիսը մեկ անգամ, շաբաթը մեկ անգամ, այլ)	Ծախսի տեսակը (դեղատոմսեր, ատամների պրոթեզներ, հիվանդապահի սնունդ և այլն)	Կենցաղը կփոխհատուցվի՞ որևէ բժշկական ծախսի համար (Medi-Cal-ի, ապահովագրական ընկերության, ընտանիքի անդամի կողմից և այլն)
	\$			Եթե ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ: ՈՐՔՄՆ՝ \$
	\$			Եթե ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ: ՈՐՔՄՆ՝ \$



17. Հարկերից հանվող այլ ծախսեր

Եթե որևէ մեկը վճարում է որևէ ծախս, որը կարող է հանվել դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրից, այդ մասին այստեղ նշելը կարող է փոքր-ինչ նվազեցնել առողջության ապահովագրության ծախսը: Մի՞ ներառեք այն ծախսերը, որոնք արդեն ներառել եք ինքնազբաղվածության ծախսերի մեջ: Եթե ունեք հարկերից հանվող այլ ծախսեր, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Ծախսերի տեսակները	Ծախսեր ունե՞ք:	Ո՞վ է վճարում:	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ)
Ալիմենտ	☐ Այո ☐ Ոչ		
Ուսանողական վարկի տոկոս	☐ Այո ☐ Ոչ		
Այլ հանվող ծախսեր (խնդրում ենք որոշակիացնել)	☐ Այո ☐ Ոչ		



18. 6-րդ հարցում նշվածներից որևէ մեկը սնունդ ստանու՞մ է հետևյալ ծրագրերից: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

- Համայնքային ճաշարան տարեց և
- Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիայի կողմից հաշմանդամ անձանց համար իրականացվող սննդամթերքի բաշխման ծրագիր
- Այլ պարենային ծրագիր

Եթե ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՎ:	ՈՐՏՄԱԳԻՐԸ:
Եթե ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՎ:	ՈՐՏՄԱԳԻՐԸ:



19. 6-րդ հարցում նշվածներից որևէ մեկն ապրու՞մ է հետևյալ հաստատություններից որևէ մեկում: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Անօթևանների ապաստան • Բնության ենթարկված կանանց ապաստարան • Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիա • Թմրամոլության և ալկոհոլային կախվածության բուժման կենտրոն • Ուղղիչ հիմնարկ կամ պատժիչ հաստատություն (կալանավաճար կամ բանտ) | <ul style="list-style-type: none"> • Կույրերի և հաշմանդամների հանրակացարան • Դաշնային կառավարության կողմից ֆինանսավորվող բնակարան • Հոգեբուժական հիվանդանոց կամ հոգեբուժարան • Հիվանդանոց • Երկարատև խնամքի կամ ծերերի և հաշմանդամների տուն |
|---|--|

Անձի անունը	Հաստատության անվանումը (կենտրոն, ապաստարան, հիմնարկություն և այլն)	Մպասվող դուրսգրման օրը (եթե կիրառելի է)

24. Կենցաղի միջոցները

Որքան մեկն ունի՝ միջոցներ (կանխիկ փող, փող բանկային հաշվում, ավանդագիր, բաժնետոմսեր ու պարտատոմսեր և այլն):

☐ Այո ☐ Ոչ Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Կամրնտիր հարց՝ առողջապահության համար. միայն պատասխանեք՝ արդյոք դիմողներից ինչ-որ մեկը 65 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի կամ հաշմանդամ է: Եթե դիմում եք կանխիկ դրամական օգնության կամ CalFresh-ի համար, պետք է պատասխանեք հարցին:

Նշեք ստորև թվարկված յուրաքանչյուր միջոցը, որն ունեք Դուք կամ ընտանիքի որևէ անդամ՝

☐ հաշիվ բանկում կամ վարկային միությունում (ընթացիկ)
 ☐ փողի շուկայի ավանդային հաշիվ(ներ)
 ☐ բաժնետոմսեր

☐ հաշիվ բանկում կամ վարկային միությունում (խնայողական)
 ☐ փոխադարձ ֆոնդեր կամ հավատարմագրային ֆոնդեր
 ☐ պարտատոմսեր

☐ արժեքավոր իրերի պահատեղ
 ☐ ավանդագիր (CD) կամ անհատական կենսաթոշակային հաշիվ
 ☐ չկանխիկացված վճարագրեր

☐ խնայողական պարտատոմս(եր)
 ☐ կանխիկ փող
 ☐ կյանքի կամ թաղման ապահովագրություն

☐ նավթի, հանքերի կամ օգտակար հանածոների արդյունահանման իրավունքներ
 ☐ պարտամուրհակներ, գրավադրման փոխառություններ, սեփականությունը կառավարելու վստահագրեր
 ☐ այլ՝ _____

Եթե համատեղ հաշիվ ունեք այլ անձի հետ, խնդրում ենք ստորև նշել այդ մասին:

Վերը նշված յուրաքանչյուր վանդակի համար լրացրեք հետևյալ տեղեկությունները:

Թվարկված միջոցն ու՝ մ անունով է:	Միջոցի տեսակը	Ի՞նչ արժեք ունի միջոցը:	Որտե՞ղ է միջոցը պահվում (ներառեք բանկի կամ ընկերության անվանումը, որտեղ պահվում է փողը)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Արդյո՞ք Դուք կամ Ձեր կենցաղի անդամներից որևէ մեկը միջոց եք վաճառել, փոխանակել, նվիրել կամ փոխանցել վերջին երեսուն (30) ամսվա ընթացքում: ☐ Այո ☐ Ոչ

ԵՐԲ:

ԻՆՉ ՄԻՋՈՑ:

ԻՆՉ ԱՐԺՈՂՈՒԹՅԱՆ:

ԻՆՉ ՔՐԱՆՆԵՐ ԵՎ ՍՏԱՑԵԼ ԴՐԱ ԴԻՄԱՑ:

\$

\$

Եթե միջոցը փոխանակել կամ նվիրել եք, խնդրում ենք պարզաբանել. _____

Կամրնտիր հարց՝ խնամքի համար. միայն պատասխանեք՝ արդյոք դիմողներից ինչ-որ մեկը 65 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի կամ հաշմանդամ է:

25. Անձնական սեփականություն

Որքան մեկն ունի՝ որևէ անձնական կամ ձեռնարկատիրությանն առնչվող սեփականություն: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

☐ Գործիքներ
 ☐ Ապրանքանյութական պաշարներ
 ☐ Շնտանի անասուններ
 ☐ Արտադրական սարքավորումներ

☐ Մարզագույք, հրազեն
 ☐ Ոչ շարժիչավոր նավակներ և (կամ) կցանքներ
 ☐ Տուրիստական ավտոֆուրգոնի ծածկեր
 ☐ Անձնական գործիքներ
 ☐ Ոսկեղեն, արվեստի ստեղծագործություններ, հնարժեք իրեր, հավաքածուներ, երաժշտական գործիքներ (դաշնամուր, երգեհոն և այլն)

Ներառեք իրը, նույնիսկ եթե այն ինչ-որ մեկի հետ համատեղ սեփականություն է: Մի՛ ներառեք ամուսնական կամ նշանի մատանիները, ընտանեկան իրերը և այլն:

Ի՞ր	Այն նշվա՞ծ է վաճառքի համար:	Գնման գինը կամ ներկա արժեքը	Պարտքի չափը
	☐ Այո ☐ Ոչ	\$	\$
	☐ Այո ☐ Ոչ	\$	\$
	☐ Այո ☐ Ոչ	\$	\$
	☐ Այո ☐ Ոչ	\$	\$
	☐ Այո ☐ Ոչ	\$	\$
	☐ Այո ☐ Ոչ	\$	\$
	☐ Այո ☐ Ոչ	\$	\$
	☐ Այո ☐ Ոչ	\$	\$
	☐ Այո ☐ Ոչ	\$	\$

SAWS 2 PLUS (Armenian) (4/15)

PAGE 14 OF 17

 Կամընտիր հարց՝ առողջապահական խնամքի համար. միայն պատասխանեք՝ արդյոք դիմողներից ինչ-որ մեկը 65 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի կամ հաշմանդամ է: Եթե դիմում եք կանխիկ դրամական օգնության համար, պետք է պատասխանեք հարցին:

 **26. Փոխադրամիջոցներ**
Որքան մեկը որպես սեփականություն ունի՞, օգտագործել է կամ իր անունով գրանցվել է՞ և որևէ ավտոմոբիլային փոխադրամիջոց, օրինակ՝ ավտոմեքենա, մոտոցիկլետ, ձյունագնաց, բնակելի ավտոֆուրգոն (RV) կամ մոտորանավակ և այլն, նույնիսկ եթե այն սարքին վիճակում չէ: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո, լրացրեք Ե հավելվածը:

 **27. 6-րդ հարցում նշվածներից որևէ մեկը որպես սեփականություն ունի՞ կամ գնում է՞ տուն, հող կամ անշարժ գույք որևէ տեղ, ներառյալ մեկ այլ նահանգում կամ երկրում:** ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պարզաբանել:

 Կամընտիր հարց՝ առողջապահական խնամքի համար. միայն պատասխանեք՝ արդյոք դիմողներից ինչ-որ մեկը 65 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի կամ հաշմանդամ է:

Ո՞վ ունի կամ ո՞վ է գնում տուն կամ անշարժ գույք:	Տան կամ անշարժ գույքի հասցեն	Ինչ-որ մեկը տունը վարձով վերցրել է՞ սեփականատիրոջից:	Սեփականատերը որքա՞ն վարձավճար է ստանում:		Սեփականատերը հիմա այդ տունը չի ապրում, բայց ակնկալում է մի օր այնտեղ վերադառնալ:
		☐ Այո ☐ Ոչ	\$	☐ Վարձով տրված չէ	☐ Այո ☐ Ոչ
		☐ Այո ☐ Ոչ	\$	☐ Վարձով տրված չէ	☐ Այո ☐ Ոչ

 **28. Վերաուղղորդման ծրագիր (Diversion Program)**
Որքան մեկը Վերաուղղորդման ծրագրից ստացել է կանխիկ դրամական օգնության կամ նյութական օգնության ծառայություններ որևէ վարչական շրջանից կամ այլ նահանգից: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել հարցին: Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Անունը	Վարչաշրջանը կամ նահանգը, որտեղից ստացվել է	Ստացված գումարը	Ստացված ծառայությունների ցանկը	Ծառայությունների գնահատված արժեքը	Վերջին անգամ ստանալու ամսաթիվը
		\$		\$	

 **29. Կրկնական նպաստներ**
Դուք կամ Ձեր կենցաղի որևէ անդամ 1996 թ. սեպտեմբերի 22-ից հետո որևէ նահանգում դատապարտվել է՞ եք խարդախորեն SNAP (պարենային օգնության ծրագրի դաշնային անվանումը) նպաստներ ստանալու համար: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո՝ ո՞վ: _____

 **30. Նպաստների առևտուր**
Դուք կամ Ձեր կենցաղի որևէ անդամ 1996 թ. սեպտեմբերի 22-ից հետո երբևէ դատապարտվել է՞ եք \$500 և ավելի մեծ արժողության SNAP նպաստների առևտուր իրականացնելու (EBT քարտերն ուրիշ անձանց օգտագործել թույլատրելու կամ վաճառելու) համար: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո՝ ո՞վ: _____

 **31. Նպաստների փոխանակում թմրադեղերի հետ**
Դուք կամ Ձեր կենցաղի որևէ անդամ 1996 թ. սեպտեմբերի 22-ից հետո մեղավոր ճանաչվել է՞ եք SNAP նպաստները թմրադեղերի հետ փոխանակելու համար: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո՝ ո՞վ: _____

 **32. Նպաստների փոխանակում հրազենի կամ պայթուցիկ նյութերի հետ**
Դուք կամ Ձեր կենցաղի որևէ անդամ 1996 թ. սեպտեմբերի 22-ից հետո մեղավոր ճանաչվել է՞ եք SNAP նպաստները հրազենի, զինամթերքի կամ պայթուցիկ նյութերի հետ փոխանակելու համար: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո՝ ո՞վ: _____

 **33. Խարդախություն**
Ձեր կամ Ձեր կենցաղի որևէ անդամի կանխիկ դրամական օգնությունը դադարեցվել է՞ և սոցիալական նպաստներին առնչվող խարդախության մեջ մեղավոր ճանաչվելու համար: Եթե այո՝ ո՞վ: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո՝ ո՞վ: _____ Ե՞րբ: _____
Որտե՞ղ: _____

 **34. Զիսմագործակցություն կամ պատժամիջոցներ**
Ձեր կամ Ձեր կենցաղի որևէ անդամի կանխիկ դրամական օգնությունը դադարեցվել է՞ և համապատասխանության պահանջների որոշման հարցում չհամագործակցելու, աշխատանքի կամ վերապատրաստման հետ կապված պատժամիջոցների կամ որևէ այլ պատճառով: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո՝ ո՞վ: _____ Ե՞րբ: _____
Որտե՞ղ: _____ Ինչու՞: _____

**35. Փախուստի դիմած հանցագործ**

Դուք կամ Ձեր կենցաղի որևէ անդամ թաքնվում եք կամ փախչում եք օրենքից, որպեսզի խուսափեք քրեական հանցագործություն կամ քրեական հանցագործության փորձ կատարելու համար դատական կարգով հետապնդումից, կալանավորումից կամ ազատազրկումից: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե **այո**, ո՞վ:

**36. Փորձաշրջանի կամ վաղաժամկետ ազատման պայմանների խախտում**

Դուք կամ Ձեր կենցաղի որևէ անդամ ընդհանուր իրավասության դատարանի կողմից մեղավոր ճանաչվել էք փորձաշրջանի կամ վաղաժամկետ ազատման պայմանների խախտման համար: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե **այո**, ո՞վ:

**37. Այլ հատուկ կարիքներ**

Ընտանիքն ուզում է դիմել հատուկ կարիքների վճարման համար՝ բնակարանի կամ տնային գործածության կարևոր իրերի համար, որոնք կորչել կամ զրկվել են հանկարծակի և (կամ) արտակարգ հանգամանքների պատճառով, ինչպիսիք են հրդեհը, երկրաշարժը կամ ջրհեղեղը: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե **այո**, խնդրում ենք պարզաբանել.

**38. Այլ ծառայություններ**

Հասանելի են հետևյալ ծառայությունները: Հարցերին տրված պատասխանները չեն ազդի Ձեր իրավունակության վրա:

- A. Պահանջի դեպքում Ձեր ընտանիքի առողջության պահպանությանը նպաստելու նպատակով կանոնավորապես կատարվող ստուգումներ են հասանելի Երեխաների առողջության և հաշմանդամության կանխարգելման ծրագրի (Child Health and Disability Prevention Program, CHDP) միջոցով այն անդամների համար, ովքեր համապատասխանում են ծրագրի պահանջներին և 21 տարեկանից ցածր տարիքի են:
- Դուք ուզում եք յրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ CHDP ծառայությունների մասին: ☐ Այո ☐ Ոչ
 - Դուք ցանկանում եք CHDP բժշկական ծառայություններ: ☐ Այո ☐ Ոչ
 - Դուք ցանկանում եք CHDP առաջնաբուժական ծառայություններ: ☐ Այո ☐ Ոչ
 - Օգնության կարիք ունե՞ք պայմանավորվածությունների ձեռքբերման կամ CHDP ծառայություններ հասնելու համար փոխադրամիջոցով ապահովման հարցերով: ☐ Այո ☐ Ոչ
- B. Դուք ուզում եք յրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ կանխարգելիչ պատվաստման ծառայությունների մասին: ☐ Այո ☐ Ոչ
- C. Եթե Դուք հղի եք, կարող եք օգնություն ստանալ բժիշկ գտնելու, առողջ սնունդ կամ այլ օգնություն ստանալու հարցով: Ուզում եք ինչ-որ մեկի հետ խոսել այդ օգնության մասին: ☐ Այո ☐ Ոչ
- D. Դուք երեխային կրծքով եք կերակրում: ☐ Այո ☐ Ոչ
- Եթե **այո**, ծննդաբերություն ունեցել էք վերջին 12 ամսվա ընթացքում: ☐ Այո ☐ Ոչ
- Եթե 38 Գ կամ Դ կետի համար «այո» եք նշել, կարող եք իրավունք ունենալ ստանալու ծառայություններ, որոնք տրամադրում է Կանանց, նորածինների և երեխաների հատուկ յրացուցիչ պարենային ծրագիրը (Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children, WIC):
- E. Դուք կամ ընտանիքի որևէ անդամ ուզում եք ընտանիքի պլանավորման անվճար կամ էժան ծառայություններ ստանալ, որոնք կօգնեն պլանավորել անցանկալի հղիության կանխումները և (կամ) հաջորդ երեխայի ծնունդը: ☐ Այո ☐ Ոչ
- Եթե **այո**, դիմեք Ձեր բուժսպասարկման պլանին կամ բուժող բժշկին: Կամ, փաստերին կամ ընտանիքի պլանավորման գաղտնի կլինիկաների գտնվելու վայրի մասին տեղեկություններին ծանոթանալու համար, զանգահարեք անվճար 1-800-942-1054 հեռախոսահամարով:
-  **39. Երրորդ կողմի պատասխանատվություն**
- Առողջապահական խնամքի համար դիմող որևէ մեկը մասնակցում է աշխատողի փախհատուցման հայցի, դատավարությանը կամ կարգավորմանը՝ պատահարի կամ ժառանգած պատճառով: ☐ Այո ☐ Ոչ

Լրացուցիչ նշումների համար

ՉԼՐԱՑՆԵԼ – ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

IF THE ANSWER IS “YES” TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

☐ Yes ☐ No

Is the household's combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

☐ Yes ☐ No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100?

☐ Yes ☐ No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

☐ Yes ☐ No



Վերականգնողական

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՎԱՅՐԻՑ

Հարկ **ԶԿԱ** պատասխանելու այս հարցերին, եթե կենցաղում ինչ-որ մեկը աշխատանքի վայրից բժշկական ապահովագրություն ստանալու իրավունք չունի: Եթե կան մեկից ավելի անձինք, ում բժշկական ապահովագրություն է առաջարկվում ուրիշ գործատուից, **Դուք** կարող եք պատճենել այս ձևն ու այն օգտագործել երկրորդ անձի համար (կամ որքան անհրաժեշտ լինի):

Նախ՝ պատմեք աշխատանքի (գործատուի) մասին, որն ապահովագրություն է առաջարկում:

1. ԱՇԽԱՏՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԱՆՈՒՆ, ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)	2. ԱՇԽԱՏՈՂԻ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ
	— —

Տեղեկություններ ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ մասին

3. ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ		4. ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ՆՈՒՑԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐԸ (EIN) —
5. ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ՀԱՍՑԵՆ		6. ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐԸ ()
7. ՔԱՂԱՔԸ	8. ՆԱՀԱՐԸ	9. ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ

10. ՈՒՊՈՒՆԻ ՀԵՏ ԿԱՐՈՂ ԵՆՔ ԿԱՊ ՀԱՍՏԱՏԵԼ, ԱՅՍ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՎԱՅՐՈՒՄ ԱՇԽԱՏՈՂԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑՈՎ:

11. ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐԸ (Եթե ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐԻՑ ՏԱՐԲԵՐ Է) ()	12. ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԷԼՓՈՍԻ ՀԱՍՑԵՆ (ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ՆԵՐԿԱՑԱՑՈՒՑԻՉ)
--	---

13. Ներկայումս Դուք ունե՞ք այս գործատուի առաջարկած ապահովագրությունից օգտվելու իրավունք կամ կունենա՞ք իրավունք հաջորդ երեք ամսվա ընթացքում:

- ☐ Ոչ (այստեղ կանգ առեք դիմումի այս բաժնի համար)
- ☐ Այո (շարունակեք)

13a. Եթե Դուք գտնվում եք սպասման ժամանակաշրջանում կամ փորձաշրջանում, ե՞րբ կարող եք ընդգրկվել ապահովագրության մեջ: _____
(ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)

Նշեք բոլոր անձանց անունները, ովքեր ունեն կամ կունենան այս աշխատանքի վայրից առաջարկվող ապահովագրությունից օգտվելու իրավունք:

Անունը՝ _____ Անունը՝ _____ Անունը՝ _____

Պատմեք այս գործատուի կողմից առաջարկվող բժշկական ապահովագրության պլանի մասին:

14. Գործատուն առաջարկու՞մ է բժշկական ապահովագրության պլան, որը համապատասխանում է նվազագույն արժեքի ստանդարտին*: ☐ Այո ☐ Ոչ

14a. Դա աշխատողներին տրվող նպաստների նահանգային պլա՞ն է: ☐ Այո ☐ Ոչ

15. Ամենաէական պլանի համար, որը համապատասխանում է միայն աշխատողին առաջարկվող նվազագույն արժեքի ստանդարտին (չներառել ընտանեկան պլանպլանները).

Եթե գործատուն ունի առողջության բարելավման ծրագրեր, նշեք ապահովագրական վճարը, որը աշխատողը կվճարեր, եթե առավելագույն զեղչ ստանար նիկոտինային կախվածության բուժման (որն աշխատողին օգնում է թողնել ծխելը) ծրագրերի համար, և չստանար բարելավման ծրագրերով նախատեսված այլ զեղչեր:

a. Աշխատողը որքա՞ն ապահովագրական վճար պիտի վճարեր այդ պլանպլանի համար: \$ _____

b. Ի՞նչ հաճախականությամբ. ☐ շաբաթը մեկ անգամ ☐ երկու շաբաթը մեկ անգամ ☐ ամիսը երկու անգամ
☐ ամիսը մեկ անգամ ☐ եռամսյակը մեկ անգամ ☐ տարին մեկ անգամ

☐ Գործատուն առողջության բարելավման ծրագրեր չի առաջարկում:

16. Գործատուն ի՞նչ փոփոխություն է կատարելու պլանի նոր տարվա համար (եթե հայտնի է):

☐ Գործատուն այլևս չի տրամադրի բժշկական ապահովագրություն:

☐ Գործատուն կսկսի բժշկական ապահովագրություն առաջարկել աշխատողներին կամ կփոխի ապահովագրական վճարը միայն աշխատողին առաջարկվող ամենաէական պլանի համար, որը համապատասխանում է նվազագույն արժեքի ստանդարտին:

a. Աշխատողը որքա՞ն ապահովագրական վճար պիտի վճարեր այդ պլանի համար: \$ _____

b. Ի՞նչ հաճախականությամբ. ☐ շաբաթը մեկ անգամ ☐ երկու շաբաթը մեկ անգամ ☐ ամիսը երկու անգամ
☐ ամիսը մեկ անգամ ☐ եռամսյակը մեկ անգամ ☐ տարին մեկ անգամ

c. Փոփոխության թվականը (աա/օօ/տտտտ)՝ _____

☐ Փոփոխություններ չեն սպասվում:

*Գործատուի հովանավորությամբ իրականացվող բժշկական ապահովագրության պլանն համապատասխանում է «նվազագույն արժեքի ստանդարտին», եթե պլանով ծածկվող նպաստների ընդհանուր թույլատրելի ծախսերի մեջ պլանի մասնաբաժինն այդ ծախսերի 60 տոկոսից քիչ է (1986 թ. «Լեքսիոն եկամուտների օրենսգիրք» (Internal Revenue Code), Բաժին 36B(c)(2)(C)(ii)):



Հավելված Բ ՀԱՐՑԵՐ ԱՄԵՐԻԿԱՅԻ ՀՆԴԿԱՅԻ ԵՎ ԱՆՍԱՍԿԱՅԻ ԲՆԻԿ ՀԱՆԴԻՍԱՑՈՂ ԱՆՀԱՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Լրացրեք այս բաժինը, եթե Դուք կամ ընտանիքի որևէ անդամ (ամուսինը և (կամ) խնամարկյալները) Ամերիկայի հնդկացի կամ Այլասկայի բնիկ եք: Սա ներկայացրեք Ձեր դիմումի հետ:

Պատմեք Ձեր ընտանիքի անդամի (անդամների) մասին, ով Ամերիկայի հնդկացի կամ Այլասկայի բնիկ է:

Ամերիկայի հնդկացիները և Այլասկայի բնիկները կարող են ծառայություններ ստանալ Հնդկացիների առողջապահական ծառայություններից, ցեղային առողջապահական ծրագրերից կամ քաղաքաբնակ հնդկացիների առողջապահական ծրագրերից: Նրանք նաև իրավունք ունեն չվճարելու ծախսի մասնաբաժինը և կարող են հատուկ ամսական ներգրավման ժամանակաշրջաններ ստանալ: Պատասխանեք հետևյալ հարցերին, որպեսզի Ձեր ընտանիքը ստանա առավելագույն հնարավոր օգնությունը: Եթե ընտանիքում կան երկուսից ավելի այդպիսի մարդիկ, պատճենեք և կցեք այս էջը: Նաև կարող եք առանձին թուղթ օգտագործել: Պարզապես մի մոռացեք հարցի համարը գրել Ձեր պատասխանի կողքին:

	ԱՀ/ԱԲ Անձ 1	ԱՀ/ԱԲ Անձ 2
1. Անունը (անուն, միջին անուն, ազգանուն)	Անուն Միջին անուն	Անուն Միջին անուն
	Ազգանուն	Ազգանուն
2. Պետականորեն ճանաչված ցեղի անդամ է:	☐ Այո Եթե այո , ցեղի անվանումը _____ ☐ Ոչ	☐ Այո Եթե այո , ցեղի անվանումը _____ ☐ Ոչ
3. Այս անձը երբևէ ծառայություն ստացել է Հնդկացիների առողջապահական ծառայությունից, ցեղային առողջապահական ծրագրից կամ այդ ծրագրերից մեկի տրամադրած ուղեգրով:	☐ Այո ☐ Ոչ Եթե ոչ , այս անձն իրավունք ունի՝ ծառայություններ ստանալու Հնդկացիների առողջապահական ծառայություններից, ցեղային առողջապահական ծրագրից, քաղաքաբնակ հնդկացիների առողջապահական ծրագրերից կամ այդ ծրագրերից մեկի տրամադրած ուղեգրով: ☐ Այո ☐ ոչ	☐ Այո ☐ Ոչ Եթե ոչ , այս անձն իրավունք ունի՝ ծառայություններ ստանալու Հնդկացիների առողջապահական ծառայություններից, ցեղային առողջապահական ծրագրից, քաղաքաբնակ հնդկացիների առողջապահական ծրագրերից կամ այդ ծրագրերից մեկի տրամադրած ուղեգրով: ☐ Այո ☐ ոչ
4. Հնարավոր է՝ որոշ գումարներ հաշվի չառնվեն Medicaid ծրագրի կամ Երեխաների առողջության ապահովագրության ծրագրի (Children's Health Insurance Program, CHIP) համար: Թվարկեք Ձեր դիմումի մեջ նշված ցանկացած եկամուտ (գումարը և հաճախականությունը), որը փող է ներառում այս աղբյուրներից - մեկ շնչին ընկնող վճարումները ցեղի կողմից, որոնք ստացվում են բնական պաշարներից, օգտագործման իրավունքներից, վարձակալություններից կամ արտոնագրային վճարներից - վճարումներ բնական պաշարներից, հողագործությունից, անասնապահությունից, ձկնորսությունից, հողերի վարձակալություններից կամ մշակման համար տրվող վճարներից, որոնք Ներքին գործերի նախարարության կողմից հայտարարված են Հնդկացիների վստահագրային հողեր (ներառյալ ռեզերվացիաները և նախկին ռեզերվացիաները) - մշակութային նշանակության իրերի վաճառքից ստացված փող	☐ Այո - Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալ տեղեկությունները ☐ Ոչ \$ _____ Ի՞նչ հաճախականությամբ (ամեն օր, շաբաթը մեկ անգամ, երկու շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, տարին մեկ անգամ և այլն) _____	☐ Այո - Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալ տեղեկությունները ☐ Ոչ \$ _____ Ի՞նչ հաճախականությամբ (ամեն օր, շաբաթը մեկ անգամ, երկու շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, տարին մեկ անգամ և այլն) _____



Հավելված Գ

ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ՝ ԱՅՍ ԴԻՄՈՒՄԻ ՁԵՎԸ ԼՐԱՑՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

Եթե ուզում եք, որ ինչ-որ մեկը Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը լինի այս դիմումի՝ առողջության ապահովագրությանը վերաբերող մասով, խնդրում ենք պատասխանել այս էջում տրված հարցերին: Եթե Դուք օրինականորեն նշանակված ներկայացուցիչ եք այս դիմումում նշված որևէ անձի համար, դիմումի հետ ներկայացրեք դա հաստատող փաստաթուղթը:

1. Լիազոր ներկայացուցչի անունը (անուն, միջին անուն, ազգանուն)		
2. Հասցեն		3. Բնակարանի կամ սենյակի համարը
4. Քաղաքը	5. Նահանգը	6. Փոստային ինդեքսը
7. Հեռախոսահամարը ()		
8. Կազմակերպության անվանումը (եթե կիրառելի է)		9. Նույնականացման համարը (եթե կիրառելի է)

Ստորագրելով՝ Դուք այս անձին թույլ եք տալիս պաշտոնական տեղեկատվություն ստանալ այս դիմումի՝ առողջության ապահովագրությանը վերաբերող բաժնի մասին և Ձեր անունից բոլոր հարցերով գործել բժշկական ապահովագրության Covered California շուկայում կամ համագործակցել ձեր վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալության հետ: Հիշեցում. Դուք միշտ կարող եք փոխել Ձեր լիազոր ներկայացուցչին՝ զանգահարելով վարչաշրջան կամ այցելելով www.HealthCare.gov կայքը:

10. Ձեր ստորագրությունը	11. Ամսաթիվը
-------------------------	--------------

(Միայն դիմումների լրացման վկայագրված խորհրդատուների, ուղղորդողների, գործակալների և միջնորդների համար)
For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)
2. First name, Middle name, Last name, & Suffix
3. Organization name
4. I.D. number (if applicable)



Հավելված D

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե դիմում եք կանխիկ դրամական օգնության (cash aid) համար ու ունեք տանն ապրող երկու կամ ավելի չափահասներ, որոնք դիմում են օգնության համար, խնդրում ենք լրացնել այս էջի տվյալները յուրաքանչյուր չափահասի համար: Խնդրում ենք տեղեկացնել մեզ Ձեր աշխատանքային պատմության մասին վերջին 24 ամսվա ընթացքում (երկու տարի): Եթե թղթե դիմումն եք օգտագործում և Ձեզ գրելու լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, ապա պատճենահանեք այս էջը կամ օգտագործեք մեկ այլ թուղթ:

ԱՆՁ 1

ԱՆՈՒՆՔ՝

Աշխատանք 1

Այս անձը բնիկ ամերիկացի՞ է: ☐ Այո ☐ Ոչ	Ո՞րն էր այս աշխատանքից հեռանալու պատճառը:	
Ցեղի անվանումը՝ _____		
Գործատուի անունն ու հասցեն՝	Աշխատած ժամերի քանակը՝ ☐ Օրական ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական	
Մա Ձեր սեփական՞ն գործն էր (ինքնագրադ): ☐ Այո ☐ Ոչ	Աշխատելու ամսաթվերը՝ _____ -ից _____ -ը	
Ինչքա՞ն եք կամ ինչքա՞ն էիք վճարվում այս աշխատավայրում և ե՞րբ: \$ _____ ☐ Ժամով ☐ Օրական ☐ Շաբաթական ☐ Ամեն երկու շաբաթը մեկ ☐ Ամսական	Վարչաշրջանը Ձեզ օգնե՞լ էր այս գործը ստանալու հարցում: ☐ Այո ☐ Ոչ	

Աշխատանք 2

Այս անձը բնիկ ամերիկացի՞ է: ☐ Այո ☐ Ոչ	Ո՞րն էր այս աշխատանքից հեռանալու պատճառը:	
Ցեղի անվանումը՝ _____		
Գործատուի անունն ու հասցեն՝	Աշխատած ժամերի քանակը՝ ☐ Օրական ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական	
Մա Ձեր սեփական՞ն գործն էր (ինքնագրադ): ☐ Այո ☐ Ոչ	Աշխատելու ամսաթվերը՝ _____ -ից _____ -ը	
Ինչքա՞ն եք կամ ինչքա՞ն էիք վճարվում այս աշխատավայրում և ե՞րբ: \$ _____ ☐ Ժամով ☐ Օրական ☐ Շաբաթական ☐ Ամեն երկու շաբաթը մեկ ☐ Ամսական	Վարչաշրջանը Ձեզ օգնե՞լ էր այս գործը ստանալու հարցում: ☐ Այո ☐ Ոչ	

Աշխատանք 3

Այս անձը բնիկ ամերիկացի՞ է: ☐ Այո ☐ Ոչ	Ո՞րն էր այս աշխատանքից հեռանալու պատճառը:	
Ցեղի անվանումը՝ _____		
Գործատուի անունն ու հասցեն՝	Աշխատած ժամերի քանակը՝ ☐ Օրական ☐ Շաբաթական ☐ Ամսական	
Մա Ձեր սեփական՞ն գործն էր (ինքնագրադ): ☐ Այո ☐ Ոչ	Աշխատելու ամսաթվերը՝ _____ -ից _____ -ը	
Ինչքա՞ն եք կամ ինչքա՞ն էիք վճարվում այս աշխատավայրում և ե՞րբ: \$ _____ ☐ Ժամով ☐ Օրական ☐ Շաբաթական ☐ Ամեն երկու շաբաթը մեկ ☐ Ամսական	Վարչաշրջանը Ձեզ օգնե՞լ էր այս գործը ստանալու հարցում: ☐ Այո ☐ Ոչ	



Հավելված D

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ, ՇԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե դիմում եք կանխիկ դրամական օգնության (cash aid) համար ու ունեք տանն ապրող երկու կամ ավելի չափահասներ, որոնք դիմում են օգնության համար, խնդրում ենք լրացնել այս էջի տվյալները յուրաքանչյուր չափահասի համար: Խնդրում ենք տեղեկացնել մեզ ձեր աշխատանքային պատմության մասին վերջին 24 ամսվա ընթացքում (երկու տարի): Եթե թղթե դիմումն եք օգտագործում և Ձեզ գրելու լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, ապա պատճենահանեք այս էջը կամ օգտագործեք մեկ այլ թուղթ:

Անձ 2

ԱՆՈՒՆՔ՝

Աշխատանք 1

Այս անձը բնիկ ամերիկացի՞ է: ☐ Այո ☐ Ոչ

Ո՞րն էր այս աշխատանքից հեռանալու պատճառը:

Ցեղի անվանումը՝ _____

Գործատուի անունն ու հասցեն՝ _____

Աշխատած ժամերի քանակը՝

☐ Օրական ☐ Շաբաթական
☐ Ամսական

Մա Ձեր սեփական՞ գործն էր (ինքնազբաղ):

Աշխատելու ամսաթվերը՝

☐ Այո ☐ Ոչ

_____ -ից _____ -ը

Ինչքա՞ն էր կամ ինչքա՞ն էիք վճարվում այս աշխատավայրում և ե՞րբ: \$ _____

Վարչաշրջանը Ձեզ օգնե՞լ էր այս գործը ստանալու հարցում:

☐ Ժամով ☐ Օրական ☐ Շաբաթական ☐ Ամեն երկու շաբաթը մեկ
☐ Ամսական
☐ Այո ☐ Ոչ

Աշխատանք 2

Այս անձը բնիկ ամերիկացի՞ է: ☐ Այո ☐ Ոչ

Ո՞րն էր այս աշխատանքից հեռանալու պատճառը:

Ցեղի անվանումը՝ _____

Գործատուի անունն ու հասցեն՝ _____

Աշխատած ժամերի քանակը՝

☐ Օրական ☐ Շաբաթական
☐ Ամսական

Մա Ձեր սեփական՞ գործն էր (ինքնազբաղ):

Աշխատելու ամսաթվերը՝

☐ Այո ☐ Ոչ

_____ -ից _____ -ը

Ինչքա՞ն էր կամ ինչքա՞ն էիք վճարվում այս աշխատավայրում և ե՞րբ: \$ _____

Վարչաշրջանը Ձեզ օգնե՞լ էր այս գործը ստանալու հարցում:

☐ Ժամով ☐ Օրական ☐ Շաբաթական ☐ Ամեն երկու շաբաթը մեկ
☐ Ամսական
☐ Այո ☐ Ոչ

Աշխատանք 3

Այս անձը բնիկ ամերիկացի՞ է: ☐ Այո ☐ Ոչ

Ո՞րն էր այս աշխատանքից հեռանալու պատճառը:

Ցեղի անվանումը՝ _____

Գործատուի անունն ու հասցեն՝ _____

Աշխատած ժամերի քանակը՝

☐ Օրական ☐ Շաբաթական
☐ Ամսական

Մա Ձեր սեփական՞ գործն էր (ինքնազբաղ):

Աշխատելու ամսաթվերը՝

☐ Այո ☐ Ոչ

_____ -ից _____ -ը

Ինչքա՞ն էր կամ ինչքա՞ն էիք վճարվում այս աշխատավայրում և ե՞րբ: \$ _____

Վարչաշրջանը Ձեզ օգնե՞լ էր այս գործը ստանալու հարցում:

☐ Ժամով ☐ Օրական ☐ Շաբաթական ☐ Ամեն երկու շաբաթը մեկ
☐ Ամսական
☐ Այո ☐ Ոչ



Հավելված E ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՓՈԽԱԴՐԱՄԻՋՈՑԻ ՄԱՍԻՆ ԵՎ ԻՆՔՆԱՎԿԱՅԱԳԻՐ ՄԵՓԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԱՐԺԵՔԻ ՄԱՍԻՆ

Կամրնտիր հարց՝ առողջապահական խնամքի համար. միայն պատասխանեք՝ արդյոք դիմողներից ինչ-որ մեկը 65 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի կամ հաշմանդամ է: Եթե դիմում եք կանխիկ դրամական օգնության (cash aid) համար, ՊԵՏԲ է պատասխանեք հարցին:

Խնդրում ենք տեղեկություններ տրամադրել յուրաքանչյուր ավտոմոբիլային փոխադրամիջոցի մասին, որը որևէ մեկն ունի որպես սեփականություն, որից օգտվում է կամ եթե գրանցված է նրա անունով, կամ նույնիսկ եթե այն սարքին վիճակում չէ: Փոխադրամիջոց նշանակում է մեքենա (ներառյալ՝ բեռնատար մեքենա, վեն, ջիպ [SUV]), մոտոցիկլետ, մոտոռագված սքուտերներ, ձյունագնաց, բնակելի ավտոֆուրգոն (RV) կամ մոտոբանավակ:

	Փոխադրամիջոց (1)	Փոխադրամիջոց (2)	Փոխադրամիջոց (3)
Փոխադրամիջոցի սեփականատերը			
Փոխադրամիջոցն օգտագործողի անունը			
Այս փոխադրամիջոցը՝ • օգտագործվում է որպես տուն, • օգտագործվում է ինքնագրառ աշխատանքի, ինքնուրույն աջակցության կամ բիզնեսի համար: • անհրաժեշտ է կենցաղի հաշմանդամ անդամին տեղափոխելու համար, • օգտագործվում է կենցաղի վառելիքը կամ ջուրը բերելու համար:	☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո , ապա կարող եք դադարեցնել	☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո , ապա կարող եք դադարեցնել	☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո , ապա կարող եք դադարեցնել
Այս փոխադրամիջոցն օգտագործվում է 18 տարեկանից փոքր երեխայի կողմից՝ • դպրոց գնալու համար, • աշխատանքի գնալու համար, • մարզանքի գնալու համար, • աշխատանք փնտրելու համար:	☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո , ապա կարող եք դադարեցնել	☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո , ապա կարող եք դադարեցնել	☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո , ապա կարող եք դադարեցնել
Այս փոխադրամիջոցը նվեր է, նվիրատվություն, թե՛ փոխանցվել ընտանիքի անդամի կողմից: Հնարավոր է, որ վարչաշրջանը Ձեզ խնդրի ապացույց ներկայացնել:	☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Նվեր ☐ Նվիրատվություն ☐ Փոխանցվել է ընտանիքի անդամի կողմից Եթե այո , նշեք կիրառելի վանդակը, ապացույց կցեք DMV-ից ու այստեղ դադարեցրեք լրացնելը: Եթե ապացույց չունեք, ապա վարչաշրջանից օգնություն խնդրեք:	☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Նվեր ☐ Նվիրատվություն ☐ Փոխանցվել է ընտանիքի անդամի կողմից Եթե այո , նշեք կիրառելի վանդակը, ապացույց կցեք DMV-ից ու այստեղ դադարեցրեք լրացնելը: Եթե ապացույց չունեք, ապա վարչաշրջանից օգնություն խնդրեք:	☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Նվեր ☐ Նվիրատվություն ☐ Փոխանցվել է ընտանիքի անդամի կողմից Եթե այո , նշեք կիրառելի վանդակը, ապացույց կցեք DMV-ից ու այստեղ դադարեցրեք լրացնելը: Եթե ապացույց չունեք, ապա վարչաշրջանից օգնություն խնդրեք:
Տարին/մականիշը/մոդելը			
Համարանիշը			
Փոխադրամիջոցի գնահատվող արժեքը (ի՛նչ արժի մեքենան): Մենք սա անվանում ենք Շուկայական արդար արժեք:	\$ ☐ Ես չգիտեմ/ինձ օգնություն է հարկավոր արժեքը պարզելու համար	\$ ☐ Ես չգիտեմ/ինձ օգնություն է հարկավոր արժեքը պարզելու համար	\$ ☐ Ես չգիտեմ/ինձ օգնություն է հարկավոր արժեքը պարզելու համար
Ինչպես գտնեմ Շուկայական արդար արժեքը	☐ Վաճառքի գովազդներից ☐ Մեքենա վաճառող սրահներից ☐ Kelly blue Book-ից ☐ Մեխանիկից ☐ Գնելու արժեքը ☐ Այլ՝ _____	☐ Վաճառքի գովազդներից ☐ Մեքենա վաճառող սրահներից ☐ Kelly blue Book-ից ☐ Մեխանիկից ☐ Գնելու արժեքը ☐ Այլ՝ _____	☐ Վաճառքի գովազդներից ☐ Մեքենա վաճառող սրահներից ☐ Kelly blue Book-ից ☐ Մեխանիկից ☐ Գնելու արժեքը ☐ Այլ՝ _____
Ինչքան եմ պարտք փոխադրամիջոցի համար	\$ ☐ Ես չգիտեմ/ինձ օգնություն է հարկավոր պարտք եղած գումարը պարզելու համար	\$ ☐ Ես չգիտեմ/ինձ օգնություն է հարկավոր պարտք եղած գումարը պարզելու համար	\$ ☐ Ես չգիտեմ/ինձ օգնություն է հարկավոր պարտք եղած գումարը պարզելու համար
Ինչից եմ օգտվել փոխադրամիջոցի համար պարտք եղած գումարը պարզելու համար	☐ Վերջին հաշիվը ☐ Վաճառողի հայտարարագիրը ☐ Գնահատում ☐ Այլ՝ _____	☐ Վերջին հաշիվը ☐ Վաճառողի հայտարարագիրը ☐ Գնահատում ☐ Այլ՝ _____	☐ Վերջին հաշիվը ☐ Վաճառողի հայտարարագիրը ☐ Գնահատում ☐ Այլ՝ _____
Այս փոխադրամիջոցը վարձակալվա՞ծ է (leased):	☐ Այո ☐ Ոչ	☐ Այո ☐ Ոչ	☐ Այո ☐ Ոչ