

ՄՆՆԴԱԴՐՈՇՄԻ  
ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ  
ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ  
(EBT) ՀԱՇԻՎ

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

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

Ծանուցագրի ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_  
Գործի անվանումը՝ \_\_\_\_\_  
Համարը՝ \_\_\_\_\_  
Աշխատողի անունը՝ \_\_\_\_\_  
Համարը՝ \_\_\_\_\_  
Հեռախոսահամարը՝ \_\_\_\_\_  
Հասցեն՝ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ADDRESSEE



Հարցեր ունե՞ք: Տվեք Ձեր աշխատողին:

**Նահանգային Լուսմ** Դուք կարող եք լսում պահանջել, եթե գտնում եք, որ այս գործողությունը սխալ է: Այս էջի հետևի կողմը Ձեզ կհուշի, թե ինչպես դիմել լսումի: Ձեր նպաստները չեն կարող փոփոխվել, եթե լսումի համար դիմեք գործողությունը տեղի ունենալուց առաջ:

ՓԱԿՎԱԾ ՀԱՇԻՎ

Մեր գրավոր հարցերի ՀԱՄԱՁԱՅՆ ԴՈՒՔ ՉԵՔ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ Ձեր ՄՆՆԴԱԴՐՈՇՄԻ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՆՊԱՍՏԻ ՀԱՇԻՎԸ ԱՎԵԼԻՆ ՔԱՆ 135 ՕՐ:

Եթե Դուք մինչև \_\_\_\_\_ -ը չօգտագործեք Ձեր սննդադրոշմի նպաստի տոմսը, ապա վարչաշրջանը կդադարեցնի էլեկտրոնային սննդադրոշմի նպաստների մատչելիությունը Ձեզ համար: Այս գործողությունը կարող եք կասեցնել Ձեր սննդադրոշմի նպաստի տոմսը օգտագործելով:

Մեր գրավոր հարցերի ՀԱՄԱՁԱՅՆ ԴՈՒՔ ՉԵՔ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ Ձեր ՄՆՆԴԱԴՐՈՇՄԻ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՆՊԱՍՏԻ ՀԱՇԻՎԸ ԱՎԵԼԻՆ ՔԱՆ 180 ՕՐ:

\_\_\_\_\_ -ին վարչաշրջանը դադարեցրեց սննդադրոշմի նպաստների մատչելիությունը Ձեզ համար: էլեկտրոնային սննդադրոշմի նպաստների վերաակտիվացման համար զանգահարեք Ձեր՝ վարչաշրջանի աշխատողին:

Եթե ԴՈՒՔ ՈՒՆԵՔ ՄՆՆԴԱԴՐՈՇՄԻ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՆՊԱՍՏ, ՈՐԸ ՉԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԵԼ 365 ՕՐՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ, ԱՅՂ ԶՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ՆՊԱՍՏԸ ԿՇԵՆԱՑՎԻ Ձեր ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՆՑՄԱՆ (EBT) ՀԱՇՎԻՑ և ԱՅԼԵՎԱ ՉԻ ՎԵՐԱՎԱՆՁՆՎԻ:

ՎԵՐԱԲԱՑՎԱԾ ՀԱՇԻՎ

\_\_\_\_\_ - ին վարչաշրջանը Ձեզ համար մատչելի է դարձրել Ձեր սննդադրոշմի էլեկտրոնային նպաստների հաշիվը:

Եթե կորցրել եք Ձեր տոմսը, զանգահարեք 1-877-328-9677 հեռախոսահամարով: Եթե Ձեր EBT տոմսը օգտագործելու համար օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք Ձեր վարչաշրջանի աշխատողին:

Այս Ծանուցագիրը՝

- Չի փոփոխում Ձեր պայմանումնակությունը նպաստներին,
- Չի փոփոխում Ձեր պարտավորվածությունը տեղեկացնել այն փոփոխությունների վերաբերյալ, որոնք կարող են ազդել Ձեր պայմանումնակ լինելուն և
- Չի փոփոխում Ձեր կանխիկ օգնությունը կամ Medi-Cal նպաստները: Եթե այս նպաստները փոփոխվեն, ապա Դուք առանձին ծանուցագիր կստանաք:

**Կանոններ՝** Կիրառելի են հետևյալ կանոնները: Դուք կարող եք վերանայել դրանք Ձեր՝ վեբ-էջի գրասենյակում. : MPP 16-120

# Ձեր լսողության իրավունքները

Ձեր իրավունքն է լսում պահանջել, եթե չհամաձայնվեք վարչաշրջանի որևէ քայլի հետ: Միայն 90 օր ունեք լսում պահանջելու համար: 90 օրերը սկսվում են վարչաշրջանի կողմից այս ծանուցագիրը տրվելուց կամ ուղարկվելուց մեկ օր հետո:

## Եթե լսում ուզեք Կանխիկ Օգնության, Medi-Cal-ի, Անդադրոշմի կամ Երեխու Խնամքի նկատմամբ մի քայլ առնվելուց առաջ՝

- Ձեր Կանխիկ Օգնությունը կամ Medi-Cal-ը կարող են մնալ նույնը՝ լսումի համար սպասելիս:
- Ձեր Երեխու Խնամքի Ծառայությունները կարող են մնալ նույնը՝ լսումի համար սպասելիս:
- Ձեր Անդադրոշմները կմնան նույնը մինչև լսումը կայանա կամ ձեր վկայագրումի շրջանը ավարտվի, որը որ ավելի շուտ պատահի:

## Եթե լսումի վճիռը մե՛զ իրավունք տա, մեզ պարտական կլինեք ձեր ստացած հավելյալ Կանխիկ Օգնության, Անդադրոշմների և Երեխու Խնամքի համար: Լսումից առաջ ձեր նպատակները նվազեցնելու կամ դադարեցնելու համար նշեք ներքևը՝

Այո, նվազեցրեք/դադարեցրեք՝  Կանխիկ Օգնությունը  Անդադրոշմը  Երեխու Խնամքը

## Մինչ սպասում եք լսումի վճիռն հետևյալների համար՝

### Վե՛լֆերից Աշխատանք՝

Պարտավոր չեք մասնակից դառնալ գործունեություններին:

Կարող եք երեխու վճարում ստանալ աշխատանքի կամ այլ ծանուցագրից առաջ վարչաշրջանի վավերացրած գործունեությունների համար:

Եթե ձեզ ասել ենք, որ ձեր մյուս աջակից ծառայությունների վճարումները կդադարեն, վճարում չեք ստանա, անգամ եթե ձեր գործունեության գնաք:

Եթե ձեզ ասել ենք, որ կվճարենք ձեր մյուս աջակից ծառայությունների համար, դրանք կվճարվեն այն գումարով և այնպես ինչպես նշել ենք այս ծանուցագրում:

- Այս աջակից ծառայություններն ստանալու համար պարտավոր եք գնալ այն գործունեություններին, որոնք վարչաշրջանը պահանջել է ձեզանից:
- Եթե լսման վճիռն սպասելիս վարչաշրջանի՝ աջակից ծառայությունների համար ձեզ վճարած գումարը բավարար չէ, որ կարողանաք մասնակցել, կարող եք դադարեցնել գործունեության գնալը:

### Cal-Learn՝

- Ձեք կարող մասնակցել Cal-Learn Ծրագրին, եթե ձեզ ասել ենք, որ չենք կարող սպասարկել ձեզ:
- Cal-Learn աջակից ծառայությունների համար կվճարենք միայն վավերացված գործունեությունների համար:

### ԱՅԼ Տե՛վեկոնօ՝ՅՈՒՆ

**Medi-Cal Կառավարված Խնամքի Ծրագրի Անդամներ՝** Այս ծանուցագրի քայլը կդադարեցնի կառավարված առողջական խնամքի ծրագրից ձեր ստացած ծառայությունները: Հարցերի դեպքում, դիմեք ձեր առողջական ծրագրի անդամների ծառայություններին:

**Երեխու և/կամ Բժշկական Աջակցություն՝** Երեխու աջակցության տեղական գործակալությունը անվճար կօգնի, որ աջակցությունը գանձեք մինչև անգամ եթե կանխիկ օգնություն չեք ստանում: Եթե նրանք ներկայումս աջակցություն են գանձում ձեզ համար, կշարունակեն այդպես անել, մինչև որ գրավոր խնդրեք, որ դադարեն: Նրանք ձեզ կողարկեն ներկա աջակցության գումարը, բայց կպահեն վարչաշրջանին պարտական ձեր գումարները:

**Ընտանիքի Ծրագրում՝** Ձեր վե՛լֆերի գրասենյակը ձեզ տեղեկություններ կտա երբ իրենից խնդրեք:

**Լսման Թղթածրար՝** Եթե լսում պահանջեք, Նահանգի Լսման Բաժանմունքը թղթածրար կբացի: Ձեր իրավունքն է այս թղթածրարը տեսնել ձեր լսումից առաջ և ստանալ վարչաշրջանի գրավոր կեցվածքը ձեր գործի վերաբերյալ լսումից առնվազն երկու օր առաջ: Նահանգը կարող է ձեր լսումի թղթածրարը տալ Վե՛լֆերի Բաժանմունքին և ԱՄՆ Առողջական և Մարդկային Սպասարկման և Երկրագործական Բաժանմունքներին: **(W&I Օրինագրի Հատվածներ 10850 և 10950):**

# ԼՍՈՒՄ ԽՆԴՐԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ՝

- Լրացրեք այս էջը:
- Ձեր թղթածրարի համար հանեք պատճենը այս էջի և նրա հետևի երեսի: Եթե խնդրեք, ձեր աշխատողը ձեզ կտա այս էջի պատճենը:
- Այս էջը ուղարկեք կամ տարեք՝

### ԿԱՄ

- Անվճար զանգեք **1-800-952-5253** կամ եթե լսելու և խոսելու անկարող եք՝ **TDD, 1-800-952-8349:**

**Օգնություն Ստանալը՝ Հարցրեք ձեր լսումի իրավունքների մասին կամ օրինական օգնության հղումի համար վերը նշված անվճար համարներով:** Անվճար օրինական օգնություն կարող եք ստանալ տեղական օրինական օգնության կամ վե՛լֆերի իրավունքների գրասենյակից:

**Եթե չեք ուզում լսումի գնալ առանձին, կարող եք ձեզ հետ բերել մի ընկեր կամ որևէ անձ:**

### ԼՍՈՒՄԻ ԽՆԴՐԱՆՔ

Ես լսում եմ ցանկանում \_\_\_\_\_ վարչաշրջանի վե՛լֆերի Բաժանմունքի քայլի դեմ, որը վերաբերվում է իմ՝

- Կանխիկ Օգնության  Անդադրոշմի  Medi-Cal-ի
- Այլ (նշեք) \_\_\_\_\_

**Ահա թե ինչու՝** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Լրացուցիչ տեղի համար այստեղ նշեք և էջ ավելացրեք:**
- Ուզում եմ, որ նահանգը ինձ անվճար թարգմանի տա: (Լսումի ժամանակ բարեկամը կամ ընկերը չեն կարող թարգման լինել): Իմ լեզուն կամ բարբառը՝ \_\_\_\_\_

ՆՊԱՏՆԵՐԸ ՄԵՐԺՎԱԾ, ՓՈՒՎԱԾ ԿԱՄ ԳԱԿԱՐԵՑՎԱԾ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ

ՇՆՆԴՅԱՆ ԹՎԱԿԱՆ ՀԵՌԱՅՈՍ

ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԹՎԱՆԻԾ

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԹՎԱԿԱՆ

ԱՅՍ ԶԵՎԸ ԼՐԱՅՆՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ ՀԵՌԱՅՈՍ

**Ուզում եմ, որ ներքևը նշված անձը ինձ ներկայացնի այս լսումի ժամանակ: Այս անձին արտոնում եմ տեսնել իմ թղթածրարը կամ ինձ հետ գնալ լսումի: (Այս անձը կարող է լինել մի ընկեր կամ բարեկամ, բայց չի կարող թարգմանել ձեզ համար):**

ԱՆՈՒՆ ՀԵՌԱՅՈՍ

ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԹՎԱՆԻԾ