



ԴԻՍՈՒՄ՝ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՍԱՐ

Եթե հաշմանդամ եք կամ դիմումի հետ կապված օգնության կարիք ունեք, դիմեք Վարչաշրջանի Բարեկեցության վարչությանը (Վարչաշրջան), և որևէ մեկը ձեզ կօգնի:

Եթե նախընտրում եք խոսել, կարդալ կամ գրել անգլերենից բացի այլ լեզվով, վարչաշրջանը անվճար կտրամադրի որևէ մեկին ձեզ օգնելու համար:

Ինչպե՞ս դիմեմ:

Օգտագործեք այս հավելվածը, եթե դիմում եք միայն CalFresh նպաստների համար: CalFresh-ը սննդի աջակցության ծրագիր է, որը կօգնի Ձեզ հոգալ Ձեր ընտանիքի համար սնունդ գնելու ծախսերը: Եթե ցանկանում եք դիմել CalFresh-ից բացի այլ ծրագրերի, ինչպիսիք են CalWORKS-ը կամ Medi-Cal-ը, խնդրում ենք դիմումի ձև խնդրել այլ ծրագրերի դիմելու համար: CalFresh-ի կամ այլ ծրագրերի համար կարող եք նաև դիմել առցանց՝ այցելելով <https://www.benefitscal.org/> կայքը

- Եթե կարող եք, լրացրեք դիմումի ձևաթուղթն ամբողջությամբ: Դուք վարչաշրջանին պետք է առնվազն տրամադրեք ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը (հարց 1՝ 1-ին էջում)՝ դիմումի գործընթացը սկսելու համար:
- Դիմումը վարչաշրջանին ներկայացրեք անձամբ, փոստով, ֆաքսով կամ առցանց:
- Այն օրը, երբ Վարչաշրջանը ստանա ձեր ստորագրած դիմումը, սկսվում է այն ժամանակը, որի ընթացքում դուք պատասխան կստանաք ձեր իրավունակության վերաբերյալ: Եթե որևէ հաստատությունում եք գտնվում, այդ ժամանակը սկսվում է այնտեղից ձեր դուրս գալուց հետո:

Ի՞նչ անեմ հետո:

- Կարդացեք ձեր իրավունքների և պարտականությունների մասին (Ծրագրի կանոններ, էջ 1-ից մինչև 5), նախքան կատարագրեք դիմումը:
- Դուք պետք է հարցազրույց անցնեք Վարչաշրջանի հետ՝ Ձեր դիմումը քննարկելու համար: Հարցազրույցների մեծ մասը անցկացվում է հեռախոսով, սակայն այն կարող է անցկացվել նաև անձամբ՝ Վարչաշրջանի գրասենյակում կամ Վարչաշրջանի հետ պայմանավորված մեկ այլ վայրում: Եթե հաշմանդամ եք, կարելի է ձեռք բերել այլ պայմանավորվածություններ:
- Եթե դուք չեք լրացրել դիմումն ամբողջությամբ, դուք կարող եք դա անել հարցազրույցի ընթացքում:
- Ձեզ հարկավոր է ապացույց ներկայացնել ձեր եկամտի, ծախսերի և այլ հանգամանքների վերաբերյալ՝ ձեր իրավունակությունը պարզելու համար:

Որքա՞ն է դա տևում:

Դիմումի մշակման գործընթացը կարող է տևել մինչև 30 օր: Դուք կարող եք նպաստներ ստանալ երեք օրացուցային օրվա ընթացքում, եթե համապատասխանեք Արագացված ծառայությունների չափանիշներից մեկին:

- Ձեր ընտանիքի ամսական համախառն եկամուտը (եկամուտ՝ նախքան պահումները) \$150-ից պակաս է, և ձեր ձեռքում եղած կանխիկ դրամը կամ բանկային կամ վարկային հաշվում ունեցած գումարը \$100 է կամ պակաս, կամ
- Ձեր ընտանիքի տան հետ կապված ծախսերը (վարձակալություն/հիպոտեկ և կոմունալ ծախսեր) գերազանցում են ձեր ամսական համախառն եկամուտը և ձեր ձեռքում եղած կանխիկ դրամը կամ բանկային կամ վարկային հաշվում ունեցած գումարը: կամ
- Դուք գաղթական կամ ազարակում սեզոնային աշխատող եք և բանկային կամ վարկային հաշվում \$100-ից պակաս ունեք և 1) ձեր եկամուտը դադարել է, կամ 2) ձեր եկամուտը սկսվել է, սակայն դուք չեք ակնկալում հաջորդ 10 օրվա ընթացքում ստանալ \$25-ից ավել:

Որպեսզի օգնեք վարչաշրջանին որոշելու, թե կարող են արդյոք ձեզ նպաստներ տրամադրել երեք օրվա ընթացքում, դիմումի հետ մեկտեղ խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին՝ 1, 6-ից մինչև 8, 11 և 16, և Վարչաշրջանին տրամադրել ձեր ինքնության ապացույցը (եթե դուք այն ունեք):

Վարչաշրջանը ձեզ նամակ կուղարկի՝ տեղեկացնելով, թե արդյոք ձեր ընտանիքի CalFresh նպաստները հաստատվել, թե՛ մերժվել են:

Գործակալության կոնֆերանս

Գործակալության կոնֆերանսը՝ դա մի գործընթաց է, որը ընտանիքին իրավունք է տալիս հանդիպում պահանջել իրավունակության վերահսկողի հետ (այս հանդիպմանը կարող է մասնակցել իրավունակության աշխատակիցը և լիազոր ներկայացուցիչը)՝ ոչ պաշտոնապես լուծելու համար որևէ վեճ, որը վերաբերում է ընտանիքի՝ Արագացված ծառայության չափանիշին համապատասխանելուն:

Գործակալության կոնֆերանսը պետք է նշանակվի խնդրանքը ստանալուց հետո երկու աշխատանքային օրվա ընթացքում, եթե ընտանիքը չի խնդրել, որպեսզի այն ավելի ուշ նշանակվի կամ չի հայտարարել, որ չի ցանկանում մասնակցել գործակալության կոնֆերանսին:

Ի՞նչ է ինձ հարկավոր իմ հարցազրույցի համար:

Զգձգումներից խուսափելու համար, ձեր հարցազրույցին բերեք հետևյալների ապացույցները: Գնացեք հարցազրույցի, նույնիսկ եթե ապացույցներ չունեք: Վարչաշրջանը կարող է օգնել, եթե ապացույցներ ձեռք բերելու հարցում օգնության կարիք ունեք: Հարցազրույցի ընթացքում Վարչաշրջանը կուսումնասիրի դիմումի մեջ տեղ գտած տեղեկությունները և հարցեր կտա՝ պարզելու համար CalFresh նպաստներ ստանալու ձեր իրավունակությունը և ստացվելիք նպաստների գումարը:

Նպաստներ ստանալու համար անհրաժեշտ ապացույցները

- Ինքնություն (Վարորդական իրավունք, Նահանգային ID քարտ, անձնագիր):
- Որտեղ եք ապրում (վարձակալության պայմանագիր, ներկա հաշիվ, որում նշված է ձեր հասցեն):
- Սոցիալական ապահովության համարներ (տեսեք ծանուցումը ստորև որոշ ոչ-քաղաքացիների վերաբերյալ):
- Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների անունով բանկում ունեցած գումարը (վերջին բանկային քաղվածքը):
- Վերջին 30 օրվա ընթացքում ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների վաստակած եկամուտը (վերջին վճարման կտրոններ, գործատուի կողմից ներկայացված աշխատանքային հաշվետվություն): ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ. Եթե ինքնազբաղ եք, եկամուտը և ծախսերը կամ հարկային տվյալները:
- Չվաստակած եկամուտ (Անաշխատունակության նպաստներ, SSI, Սոցիալական ապահովության, վետերանների նպաստներ, երեխաների օգնություն, աշխատողների փոխհատուցում, դպրոցի դրամաշնորհներ կամ վարկեր, վարձակալության եկամուտ և այլն):
- Օրինական ներգաղթյալի կարգավիճակ **ՄԻԱՅՆ** նպաստների համար դիմող ոչ-քաղաքացիների համար (Օտարերկրացու գրանցման քարտ, վիզա):

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ. Որոշ ոչ-քաղաքացիներ, որոնք դիմում են ներգաղթյալի կարգավիճակի համար՝ ընտանեկան բռնության, հանցագործության քրեական հետապնդման կամ թրաֆիքինգի հիման վրա, կարող են այս ապացույցների կարիքը չունենալ: Հնարավոր է, որ նրանք կարիք չունենան նաև Սոցիալական ապահովության համարի:

Ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալու համար անհրաժեշտ ապացույցներ

- կեցության ծախսեր (տան վարձավճարի վճարման ստացականներ, հիպոթեկի հաշիվներ, գույքահարկի հաշիվներ, ապահովագրության փաստաթղթեր):
- Հեռախոսի և կոմունալ ծառայությունների արժեքներ:
- Ձեր ընտանիքի տարեց (60 տարեկան և ավելի) կամ հաշմանդամ որևէ անդամի բժշկական ծախսերը:
- Երեխայի և մեծահասակի ինամբի ծախսերը՝ որևէ մեկի աշխատելու, աշխատանք փնտրելու, վերապատրաստմանը մասնակցելու կամ դպրոց հաճախելու կամ պահանջվող աշխատանքային գործողություններին մասնակցելու պատճառով:
- Ձեր ընտանիքի անդամներից մեկի կողմից երեխայի օգնության համար վճարած գումարը:

Ինչպե՞ս կարող եմ ստանալ/օգտագործել իմ CalFresh նպաստները:

- Վարչաշրջանը փոստով կուղարկի կամ ձեզ կտա Էլեկտրոնային նպաստների փոխանցման (Electronic Benefit Transfer, EBT) պլաստիկ քարտ: Նպաստները կփոխանցվեն այդ քարտին, երբ ձեր դիմումը հաստատվի: Ստանալուն պես ստորագրեք ձեր քարտը: Ձեր քարտն օգտագործելու համար դուք կսահմանեք Անձնական ինքնության համար (Personal Identification Number, PIN):
- Եթե ձեր EBT քարտը կորի, գողացվի կամ վնասվի, կամ եթե կարծում եք, որ որևէ մեկը միզուցե գիտի ձեր PIN համարը, դուք չեք ցանկանում, որ նա օգտագործի ձեր նպաստները, զանգահարեք (877) 328-9677 համարով կամ անմիջապես զանգահարեք Վարչաշրջանին: Վստահ եղեք, որ բոլոր պատասխանատու չափահասները և ձեր լիազոր ներկայացուցիչը գիտեն, թե ինչպես անմիջապես հայտնել այս խնդիրներից որևէ մեկի մասին: Եթե դուք չհայտնեք, որ մեկ այլ անձ, ով դուք չեք ցանկանում, որ ծախսի ձեր նպաստները, ունի ձեր PIN-ը և դուք չփոխեք ձեր PIN-ը, օգտագործված որևէ նպաստ չի վերականգնվելու:
- Դուք կարող եք օգտագործել ձեր CalFresh նպաստները՝ գրեթե բոլոր ուսույթները գնելու համար, ինչպես նաև սերմերը, որոնք դուք կտնկեք՝ ձեր սեփական ուսույթը աճեցնելու համար: Դուք չեք կարող գնել ալկոհոլ, ծխախոտ, տնային կենդանու ուսույթը, որոշ տեսակի եփված ուսույթներ կամ ցանկացած բան, որ ուսույթը չէ (օր՝ ատամի մածուկ, օճառ, թղթե սրբիչ և այլն):
- CalFresh-ի նպաստներն ընդունվում են մթերային խանութների մեծ մասում և սննդամթերք վաճառող այլ վայրերում: Ձեր մոտակայքում գտնվող EBT ընդունող վայրերի ցուցակի համար խնդրում ենք այցելել <https://www.ebt.ca.gov> կայքը:
- CalFresh նպաստները նախատեսված են միայն ձեզ և ձեր ընտանիքի անդամների համար: Անվտանգ պահեք ձեր նպաստները: Ուրիշին մի տվեք ձեր PIN համարը: Մի պահեք ձեր PIN համարը ձեր EBT քարտի հետ միասին:

Իսկ եթե ես անօթևան եմ:

Խնդրում ենք անմիջապես հայտնել Վարչաշրջանին, եթե դուք անօթևան եք, որպեսզի նրանք օգնեն ձեզ գտնել մի հասցե, որ կարող եք օգտագործել՝ որպեսզի ձեր դիմումը ընդունվի և ձեր գործի վերաբերյալ ծանուցումներ ստանաք Վարչաշրջանի կողմից: CalFresh-ի համար անօթևան նշանակում է, որ դուք՝

- A. Մտում եք վերահսկվող կացարանում, կիսակառույց շինությունում կամ նմանատիպ վայրում:
- B. Ոչ ավելի քան 90 անընդմեջ օր մտում եք մեկ ուրիշի կամ ընտանիքի անդամի տանը:
- C. Ընում եք մի վայրում, որը նախատեսված չէ կամ, հիմնականում, չի օգտագործվում քնելու համար (օրինակ՝ միջանցքում, ավտոբուսի կանգառում, նախասենյակում կամ նմանատիպ վայրերում):

Տեղեկատվական Էջ - Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ ԵՎ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Դուք պարտավոր եք՝

- Վարչաշրջանին տրամադրել բոլոր անհրաժեշտ տեղեկությունները՝ ձեր իրավունակությունը որոշելու համար:
- Վարչաշրջանին տրամադրել ձեր ունեցած տեղեկությունների ապացույցները, երբ դրանք անհրաժեշտ են:
- Համաձայն պահանջի՝ հայտնել փոփոխությունների մասին: Վարչաշրջանը ձեզ տեղեկություններ կտրամադրի այն մասին, թե ինչ, երբ և ինչպես զեկուցել: Եթե դուք չհամապատասխանեք ձեր ընտանիքի հայտնած պահանջներին, ձեր գործը կփակվի կամ ձեր CalFresh նպաստները կարող են պակասեցվել կամ դադարեցվել:
- Փնտրեք, գտեք և պահեք աշխատանք կամ մասնակցեք այլ գործողություններին, եթե Վարչաշրջանը ասում է, որ դա ձեր դեպքում անհրաժեշտ է:
- Ամբողջովին համագործակցեք Վարչաշրջանային, Նահանգային կամ դաշնային աշխատակազմի հետ, եթե ձեր գործը ընտրվել է ուսումնասիրության համար կամ հետաքննվում է՝ վստահ լինելու համար, որ ձեր իրավունակությունն ու նպաստների մակարդակը ճիշտ են սահմանվել: Այս ուսումնասիրությունների հետ չհամագործակցելը կհանգեցնի նպաստների կորստի:
- Հետ վճարեք CalFresh-ի որևէ նպաստ, որի համար դուք իրավունակ չեք:

Դուք իրավունք ունեք՝

- Ներկայացնել CalFresh-ի դիմում՝ միայն ձեր անունով, հասցեով և ստորագրությամբ:
- Նահանգի կողմից անվճար տրամադրված բանավոր թարգմանչի:
- Վարչաշրջանին տրամադրված տեղեկությունները գաղտնի պահվելու, եթե դրանք ուղղակիորեն չեն վերաբերում Վարչաշրջանի ծրագրերի կառավարմանը:
- Կասեցնել ձեր դիմումը ցանկացած պահի Նախքան վարչաշրջանը կորոշի ձեր իրավասությունը:
- Օգնություն խնդրել CalFresh-ի դիմումը լրացնելու համար և ստանալ կանոնների բացատրություն:
- Օգնություն խնդրել անհրաժեշտ ապացույցներ ձեռք բերելու համար:
- Ստանալ քաղաքավարի, ուշադիր և հարգալից վերաբերմունք և չենթարկվեն խտրականության:
- Ստանալ CalFresh-ի նպաստները 3 օրվա ընթացքում, եթե որակավորվում եք Արագացված ծառայության համար:
- Վարչաշրջանի կողմից հարցազրույց անցնել դիմելուց հետո ողջամիտ ժամանակահատվածում և ստանալ ձեր իրավունակության որոշումը 30 օրվա ընթացքում:
- Անհրաժեշտ ապացույցը վարչաշրջանին տրամադրելու համար ունենալ առնվազն 10 օր ժամանակ:
- CalFresh-ի նպաստները կրճատելուց կամ դադարեցնելուց առնվազն 10 օր առաջ այդ մասին ծանուցում ստանալու Վարչաշրջանի կողմից:
- Զննարկել ձեր գործը Վարչաշրջանի հետ և ուսումնասիրել ձեր գործը, երբ դուք խնդրեք դա անել:
- 90 օրվա ընթացքում դիմել Նահանգային լսման համար, եթե դուք համաձայն չեք Վարչաշրջանի հետ ձեր CalFresh-ի գործի կապակցությամբ: Եթե դուք լսում խնդրեք Նախքան ձեր CalFresh-ի գործի կապակցությամբ գործողություն իրականացվելը, ձեր CalFresh նպաստները կմնան նույնը մինչև լսումը կամ ձեր վկայագրման ժամանակահատվածի ավարտը, որը որ ավելի շուտ կպատահի: Դուք կարող եք խնդրել Վարչաշրջանին փոխել ձեր նպաստները լսումից հետո, որպեսզի խուսափեք հետ վճարել հավելյալ վճարված նպաստները: Եթե Վարչական օրենքի դատավորը որոշում կայացնի ձեր օգտին, Վարչաշրջանը ձեզ հետ կվերադարձնի կրճատված որևէ նպաստ:
- Հարցրեք ձեր լսման իրավունքների մասին կամ խնդրեք իրավական օգնության մասին տեղեկություն հետևյալ անվճար հեռախոսահամարով՝ **1-800-952-5253** կամ TDD օգտագործող լսողության կամ խոսելու դժվարություն ունեցողները՝ **1-800-952-8349**: Դուք կարող եք անվճար իրավական օգնություն ստանալ ձեր տեղական իրավական օգնության կամ բարեկեցության իրավունքների գրասենյակներից:
- Եթե չեք ուզում միայնակ մասնակցել լսմանը, ձեզ հետ կարող եք բերել ձեր ընկերոջը կամ որևէ մեկին:
- Վարչաշրջանից աջակցություն ստացեք քվեարկության համար գրանցվելու հարցում:
- Հայտնեք այն փոփոխությունների մասին, որոնք դուք պարտավոր չեք հայտնել, եթե դրանք կավելացնեն ձեր CalFresh նպաստները:
- Ապացույց ներկայացրեք ձեր ընտանիքի ծախսերի վերաբերյալ, որոնք կարող են օգնել ստանալու ավելի շատ CalFresh նպաստներ: Վարչաշրջանին ապացույց չներկայացնելը նշանակում է ասել, որ այդպիսի ծախս չունեք և չեք կարողանա ստանալ ավելի շատ CalFresh նպաստներ:
- Տեղեկացրեք Վարչաշրջանին, եթե ցանկանում եք, որ որևէ այլ անձ օգտագործի ձեր CalFresh նպաստները ձեր ընտանիքի համար կամ օգնի ձեր CalFresh գործի կապակցությամբ (Լիազոր ներկայացուցիչ):

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

Ծրագրի կանոնները և տուգանքները

Դուք հանցանք եք գործում, եթե սուտ և սխալ տեղեկություններ եք տրամադրում կամ դիտավորյալ չեք տրամադրում ամբողջական տեղեկությունները՝ փորձելով ստանալ CalFresh նպաստներ, որոնք դուք իրավունակ չեք ստանալու կամ օգնում եք մեկ ուրիշին ստանալ նպաստներ, որոնք նա իրավունակ չէ ստանալու: Դուք պետք է հետ վճարեք ցանկացած նպաստ, որը ստանալու իրավասություն չեք ունեցել:

<p>Ծրագրի խախտումներ CalFresh-ի համար. ես հասկանում եմ, որ հնարավոր է՝ ծրագրի միտումնավոր խախտում իրականացրած լինեմ, եթե անեմ հետևյալներից որևէ մեկը.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Թաքցնեմ տեղեկությունները կամ սուտ հայտարարություններ անեմ • Օգտագործեմ էլեկտրոնային նպաստների փոխանցման (EBT) քարտեր, որոնք պատկանում են մեկ ուրիշին կամ թույլ տամ մեկ ուրիշին օգտագործել իմ քարտը • Օգտագործեմ CalFresh նպաստները ավիոհոլ կամ ծխախոտ գնելու համար • Փոխանակեմ, գնեմ, վաճառեմ կամ ուրիշին տամ CalFresh-ի նպաստները կամ EBT քարտերը, կամ <u>փորձ կատարեմ</u> փոխանակելու, գնելու, վաճառելու, գողանալու կամ ուրիշին տալու CalFresh-ի նպաստները կամ EBT քարտերը • Փորձեմ կրկնակի նպաստներ ստանալ, օրինակ՝ միևնույն ժամանակ երկու կամ ավելի վարչաշրջաններում կամ նահանգներում դիմեմ • Լրացնեմ կեղծ փաստաթղթեր իրավասություն չունեցող կամ գոյություն չունեցող երեխաների կամ կենցաղի չափահաս անդամների համար • Խախտեմ իմ փորձաշրջանի կամ պայմանական վաղաժամկետ ազատման պայմանները • Փախչեմ հանցանքի համար դատապարտվելուց հետո • CalFresh-ի նպաստներով ձեռք բերեմ (գնեմ) ապրանքներ, որոնք վերադարձի կանխավճար են պահանջում, միտումնավոր (նպատակով) դեն նետեմ պարունակությունը և վերադարձնեմ տարան՝ կանխավճարված գումարը ստանալու համար կամ <u>փորձել</u> վերադարձնել տարան՝ կանխավճարված գումարը ստանալու համար: • CalFresh նպաստներով ապրանք գնեմ և միտումնավոր վերավաճառեմ այն գումար կամ իրավասու սննդից բացի այլ ապրանք ստանալու համար. 	<p>Տուգանքներ ես կարող եմ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 ամսով կորցնել CalFresh նպաստները առաջին խախտման համար և հետ վճարել CalFresh-ի հավելյալ վճարված բոլոր նպաստները • 24 ամսով կորցնել CalFresh նպաստները երկրորդ խախտման համար և հետ վճարել CalFresh-ի հավելյալ վճարված բոլոր նպաստները • Մեկընդմիջտ կորցնել CalFresh նպաստները երրորդ խախտման համար և հետ վճարել CalFresh-ի հավելյալ վճարված բոլոր նպաստները • Տուգանվել մինչև \$250,000.00, բանտարկվել մինչև 20 տարով կամ երկուսն էլ
<ul style="list-style-type: none"> • Փոխանակել CalFresh նպաստները կամ <u>փորձեմ</u> փոխանակել CalFresh նպաստները հետևյալով՝ կանխիկ դրամ, գեներ, ոչ-իրավունակ ապրանքներ կամ վերահսկվող նյութեր, օրինակ՝ թմրադեղեր 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 ամսով կորցնել CalFresh նպաստները առաջին խախտման համար • Մեկընդմիջտ կորցնել CalFresh նպաստները երկրորդ խախտման համար
<ul style="list-style-type: none"> • Իմ ինքնության և ապրելու վայրի վերաբերյալ տրամադրել սուտ տեղեկություններ՝ լրացուցիչ CalFresh նպաստներ ստանալու համար 	<ul style="list-style-type: none"> • Յուրաքանչյուր խախտման համար 10 տարով կորցնել CalFresh նպաստները
<ul style="list-style-type: none"> • Դատապարտված եմ եղել \$500 կամ ավելի գումարի CalFresh նպաստների փոխանակման, վաճառքի կամ փոխանակման <u>փորձի</u> համար կամ CalFresh նպաստները գեներով, զինամթերքով կամ պայթուցիկ նյութերով փոխանակման կամ փոխանակման փորձի համար: 	<ul style="list-style-type: none"> • Մշտապես կորցնել CalFresh նպաստները

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

Կարևոր տեղեկություններ ոչ-քաղաքացիների համար

- Դուք կարող եք դիմել և ստանալ CalFresh նպաստներ այն անձանց համար, ովքեր իրավունակ են, անգամ եթե ձեր ընտանիքում կան անդամներ, ովքեր իրավունակ չեն: Օրինակ՝ ներգաղթյալ ծնողները կարող են դիմել CalFresh նպաստների համար իրենց ԱՄՆ քաղաքացի կամ որակավորված ներգաղթյալ երեխաների համար, անգամ եթե ծնողները իրավունակ չեն դրա համար:
- Սևնդային նպաստներ ստանալը չի ազդի ձեր կամ ձեր ընտանիքի ներգաղթային կարգավիճակի վրա: Ներգաղթային տվյալներն անձնական են և գաղտնի:
- Ոչ-քաղաքացիների ներգաղթային կարգավիճակը, ովքեր իրավունակ են և դիմում են նպաստների համար, կստուգվի ԱՄՆ Քաղաքացիության և ներգաղթյալների ծառայությունների (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) միջոցով: Դաշնային օրենքի համաձայն՝ USCIS-ը չի կարող օգտագործել տեղեկությունները խարդախությունից բացի որևէ այլ դեպքի համար:

Հրաժարում

Դուք պարտավոր չեք ներկայացնել որևէ ոչ-քաղաքացի ընտանիքի անդամի ներգաղթի տեղեկությունները, Սոցիալական ապահովության համարները կամ փաստաթղթերը, ովքեր չեն դիմում CalFresh նպաստների համար: Վարչաշրջանին անհրաժեշտ է իմանալ նրանց եկամուտը և ռեսուրսների վերաբերյալ տեղեկությունները՝ ձեր ընտանիքի նպաստները ճիշտ որոշելու համար: Վարչաշրջանը կապ չի հաստի USCIS-ի հետ այն անձանց վերաբերյալ, ովքեր չեն դիմել CalFresh նպաստների համար:

Գաղտնիության և բացահայտման ակտ. դիմումի մեջ դուք տրամադրում եք անձնական տվյալներ: Վարչաշրջանն այդ տվյալները օգտագործում է, որպեսզի տեսնի՝ արդյոք իրավասություն ունեք նպաստներ ստանալու համար, թե ոչ: Եթե դուք չտրամադրեք պահանջվող տվյալները, վարչաշրջանը կարող է մերժել ձեր դիմումը: Դուք իրավունք ունեք ուսումնասիրելու, փոփոխելու կամ ուղղելու Վարչաշրջանին ներկայացրած որևէ տեղեկություն: Վարչաշրջանը ցույց չի տա ձեր տեղեկությունները կամ չի տրամադրի դրանք ուրիշին, եթե դուք դրա թույլտվությունը չտաք կամ եթե դաշնային կամ նահանգային օրենքը նրանց թույլ չտա դա անել: 273.2(b)(4) *Գաղտնիության օրենքի հիմնավորում:* Որպես Վարչաշրջանի գործակալություն, մենք պետք է տեղեկացնենք CalFresh նպաստների համար բոլոր դիմող և վերա-վկայագրված ընտանիքներին հետևյալի մասին.

- (i) Այս տեղեկությունների հավաքագրումը, ներառյալ՝ յուրաքանչյուր ընտանիքի անդամի սոցիալական ապահովության համարը (social security number, SSN), լիազորված է 1977թ. Մենդի կտրոնների օրենքի մեջ փոփոխությունների համաձայն՝ 7 U.S.C. 2011-2036: Տեղեկությունները կօգտագործվեն՝ պարզելու համար, թե արդյոք ձեր ընտանիքը իրավունակ է կամ շարունակում է իրավունակ լինել մասնակցելու CalFresh ծրագրին: Մենք կստուգենք այս տեղեկությունները համակարգչային համապատասխանության ծրագրերով, ներառյալ՝ Եկամուտի և շահույթի ստուգման համակարգով (Income and Earnings Verification System, IEVS): Այս տեղեկությունները կօգտագործվեն նաև ծրագրի կանոններին համապատասխանությունը դիտարկելու և ծրագիրը կառավարելու համար:
- (ii) Այս տեղեկությունները կարող են բացահայտվել այլ դաշնային և նահանգային գործակալություններին՝ պաշտոնական ուսումնասիրության համար և իրավապահ մարմիններին՝ օրենքից խուսափող անձանց ձերբակալելու նպատակով:
- (iii) Եթե ձեր ընտանիքի դեմ ներկայացվի CalFresh-ի հայց, այս դիմումի մեջ տեղ գտած տեղեկությունները, ներառյալ՝ SSN-ները, կարող են ուղարկվել դաշնային և նահանգային գործակալություններին, ինչպես նաև հայցերի հավաքագրման մասնավոր գործակալություններին՝ հայցերի հավաքագրման գործողությունների համար:
- (iv) Ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի համար պահանջվող տեղեկությունների, ներառյալ SSN-ի տրամադրումը կամընտիր է: Սակայն, SSN չտրամադրելը կհանգեցնի CalFresh նպաստների մերժման SSN չտրամադրած յուրաքանչյուր անդամի համար: Տրամադրված որևէ SSN կօգտագործվի և կբացահայտվի նույն կերպ, ինչպես ընտանիքի իրավունակ անդամների SSN-ները:

Վարչաշրջանը կարող է ստուգել նպաստների համար դիմող ընտանիքի անդամների ներգաղթային կարգավիճակը՝ կապվելով USCIS-ի հետ: Այն տվյալները, որոնք վարչաշրջանը ստանում է այս գործակալություններից, կարող են ազդել ձեր իրավասության և նպաստների մակարդակի վրա:

Վարչաշրջանը կստուգի ձեր պատասխանները՝ օգտագործելով Ներքին եկամուտների ծառայության (Internal Revenue Service, IRS), Սոցիալական ապահովության վարչության, Ազգային անվտանգության վարչության և/կամ **ապառազների հաշվետվության գործակալության** նահանգային և դաշնային տվյալների բազայում գոյություն ունեցող տեղեկությունները: Եթե տվյալները չհամապատասխանեն, Վարչաշրջանը կարող է խնդրել, որ դուք ապացույց ներկայացնեք:

Սոցիալական ապահովության համարի (SSN) օգտագործումը

CalFresh նպաստների համար դիմող յուրաքանչյուր անձ պետք է տրամադրի SSN, եթե այն ունի, կամ ապացույց, որ դիմել է SSN-ի համար (օրինակ՝ նամակ Սոցիալական ապահովության գրասենյակից): Վարչաշրջանը կարող է մերժել ձեր կամ ձեր ընտանիքի այն անդամների CalFresh նպաստները, ովքեր SSN չեն ներկայացրել: Որոշ մարդիկ պարտավոր չեն

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

տալ իրենց SSN օգնություն ստանալու համար, օրինակ՝ ընտանեկան բռնության զոհերը, հանցագործության վկաները և թրաֆիքինգի զոհերը:

Գերավճար

Սա նշանակում է, որ դուք ստացել եք ավելի շատ CalFresh նպաստներ, քան ձեզ հասնում էր: Դուք պետք է հետ վճարեք այդ գումարը, անգամ եթե Վարչաշրջանը դա սխալմամբ է արել կամ եթե դա պատահական է ստացվել: Ձեր նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել: Ձեր SSN կարող է օգտագործվել ստացված նպաստները դատարանի միջոցով, հավաքագրման այլ գործակալությունների կամ դաշնային կառավարական հավաքագրման գործողության միջոցով հետ ստանալու համար:

Տեղեկացնելը

CalFresh նպաստներ ստացող յուրաքանչյուր ընտանիք պարտավոր է տեղեկացնել որոշակի փոփոխությունների վերաբերյալ: Ձեր Վարչաշրջանը կտեղեկացնի ձեզ, թե որ փոփոխությունների մասին պետք է հայտնեք, ինչպես պետք է դրանք հայտնեք և երբ պետք է հայտնեք: Փոփոխությունների մասին չհայտնելը կհանգեցնի CalFresh նպաստների կրճատման կամ դադարեցման: Դուք կարող եք տեղեկացնել նաև, եթե տեղի են ունեցել բաներ, որոնք կարող են ավելացնել ձեր նպաստները, օրինակ՝ ավելի քիչ եկամուտը:

Նահանգային լսում

Դուք Նահանգային լսման իրավունք ունեք, եթե համաձայն չեք ձեր դիմումի կամ ընթացիկ նպաստների հետ կապված որևէ գործողության հետ: Դուք կարող եք Նահանգային լսում խնդրել Վարչաշրջանի գործողությունից հետո 90 օրվա ընթացքում, և պետք է ասեք, թե ինչի համար եք պահանջում այս լսումը: Վարչաշրջանի կողմից ստացված հաստատման կամ մերժման ծանուցման մեջ կգտնեք տեղեկություններ, թե ինչպես դիմել Նահանգային լսման համար: Եթե դուք լսում խնդրեք նախքան գործողությունը տեղի կունենա, հնարավոր է, որ դուք կարողանաք նույնությամբ պահպանել ձեր CalFresh նպաստները մինչև որոշման կայացումը:

Խտրականության բացառման հայտարարություն. Համաձայն Զաղաքացիական իրավունքների դաշնային օրենքի և ԱՄՆ Գյուղատնտեսության վարչության (U.S. Department of Agriculture, USDA) քաղաքացիական իրավունքների կանոնակարգերի և քաղաքականությունների, USDA-ին, իր Գործակալություններին, գրասենյակներին և աշխատակիցներին, ինչպես նաև USDA ծրագրերին մասնակցող կամ դրանք կառավարող հաստատություններին արգելվում է խտրականություն դնել ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, սեռի, կրոնական դավանանքի, հաշմանդամության, տարիքի, քաղաքական հայացքների հիման վրա, ինչպես նաև հաշվեհարդար տեսնել կամ հետապնդել USDA-ի կողմից իրականացված կամ ֆինանսավորված որևէ ծրագրում կամ գործողության ժամանակ նախկին քաղաքացիական իրավունքների հետ կապված գործողությունների համար:

Ծրագրի վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար այլընտրանքային միջոցների կարիք ունեցող անձիք (օրինակ՝ բրայլի լեզու, խոշոր տպագրություն, Ամերիկյան Ժեստերի լեզու և այլն) պետք է դիմի գործակալությանը (Նահանգային կամ տեղական), որտեղ նա դիմել է նպաստների համար: Խուլ, լսողական դժվարություններով կամ խոսակցական հաշմանդամությամբ անձիք կարող են դիմել USDA-ին՝ Դաշնային կոմունտատորային ծառայության միջոցով՝ (800) 877-8339 համարով: Բացի այդ, ծրագրի վերաբերյալ տեղեկությունները կարող են հասանելի լինել անգլերենից բացի նաև այլ լեզուներով:

Խտրականության վերաբերյալ ծրագրային բողոք ներկայացնելու համար, լրացրեք USDA-ի Ծրագրի խտրականության բողոքի ձևաթուղթը (Program Discrimination Complaint Form) (AD 3027), որը կարելի է գտնել առցանց՝ <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> հասցեով և USDA-ի որևէ գրասենյակում, կամ դիմեք ձեր Վարչաշրջանի Զաղաքացիական իրավունքների համակարգողին, կամ USDA-ին ուղղված նամակ ներկայացրեք և նամակում նշեք ձևաթղթում պահանջվող բոլոր տեղեկությունները կամ գրեք Կալիֆորնիայի Սոցիալական ծառայությունների վարչությանը (California Department of Social Services, CDSS)՝ ստորև ներկայացված հասցեով: Բողոքի ձևաթղթի օրինակը ստանալու համար գանգահարեք (866) 632-9992 համարով: Ուղարկեք ձեր լրացված ձևաթուղթը կամ նամակը USDA-ի հետևյալ հասցեով՝

- | | | |
|------------------|--|---|
| (1) փոստով՝ | U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410 | CDSS
Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (անվճար) |
| (2) ֆաքսով՝ | (202) 690-7442; կամ | |
| (3) Էլ. նամակով՝ | program.intake@usda.gov | |

Այս հաստատությունը տրամադրում է հավասար հնարավորություններ:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

Գործի փաստաթղթերի ուսումնասիրություններ

Ձեր գործը կարող է ընտրվել լրացուցիչ ուսումնասիրության համար՝ վստահ լինելու, որ ձեր իրավունակությունը ճիշտ է պարզվել: Դուք պետք է լիովին համագործակցեք վարչաշրջանի, նահանգային կամ դաշնային աշխատակազմի հետ որևէ հետաքննության կամ ուսումնասիրության հարցում, ներառյալ որակի վերահսկման ուսումնասիրությունը: Համագործակցության ծախսերը կարող է հանգեցնել ձեր նպաստների կորստին:

Աշխատանքի կանոններ CalFresh-ի համար

Վարչաշրջանը կարող է նշանակել որպեսզի դուք մասնակցեք աշխատանքային ծրագրի: Նրանք կտեղեկացնեն ձեզ, թե արդյոք դա կամընտիր է, թե դուք պարտավոր եք մասնակցել աշխատանքային ծրագրին: Եթե դուք պարտադիր աշխատանքային գործողություն ունենաք և չանեք այն, ձեր նպաստները կկրճատվեն կամ կդադարեցվեն: Հնարավոր է, որ դուք իրավունակ չլինեք CalFresh-ի համար, եթե վերջերս հեռացել եք աշխատանքից առանց հարգելի պատճառի:

EBT-ի օգտագործումը

Որևէ նպաստ, որը կհանվի ձեր հաշվից՝ նախքան դուք, ձեր ընտանիքի որևէ անդամ կամ ձեր լիազոր ներկայացուցիչը կհայտնի, որ EBT քարտը կամ PIN-ը կորել կամ գողացվել է, **չի** վերականգնվի:

Ձեր EBT քարտի որևէ օգտագործում ձեր, ձեր ընտանիքի անդամի կամ լիազոր ներկայացուցչի կողմից կամ որևէ մեկի, ում դուք հոժարակամ տվել եք ձեր EBT քարտն ու PIN-ը, կհամարվի հաստատված ձեր կողմից, և ձեր հաշվից վերցված որևէ նպաստ **չի** վերականգնվի:

Եթե դուք չհայտնեք, որ մեկ այլ անձ, ով դուք չեք ցանկանում, որ ծախսի ձեր նպաստները, ունի ձեր PIN-ը և դուք չփոխեք ձեր PIN-ը, օգտագործված որևէ նպաստ **չի** վերականգնվելու:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

ՆՇՈՒՄՆԵՐ

խնդրում ենք օգտագործել սև կամ կապույտ թանաք, քանզի այն հեշտությամբ է կարդացվում և պատճենահանվում: Խնդրում ենք տպատառերով գրել ձեր պատասխանները: Եթե հարցերին պատասխանելու համար ձեզ ավելի շատ տեղ է հարկավոր, օգտագործեք Էջ 10-ի «Լրացուցիչ տարածք՝ գրելու համար» բաժինը և, անհրաժեշտության դեպքում, կցեք լրացուցիչ էջեր՝ տեղեկությունները տրամադրելու համար: Խնդրում ենք անպայման նշել, թե որ հարցի մասին եք գրում լրացուցիչ տարածքում կամ լրացուցիչ թղթի վրա:

1. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԴԻՄՈՐԴԻ ՄԱՍԻՆ

Table with 4 columns: 1. ԱՆՈՒՆ (ԱՌԱՋԻՆ, ՄԻՋԻՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ) 2. ԱՅՆ ԱՆՈՒՆՆԵՐ (ՕՐԻՈՐԴԱԿԱՆ, ՄԱԿԱՆՈՒՆ ԵՎ ԱՅՆ) 3. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՅԻՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (ԵԹԵ ԱՅՆ ՈՒՆԵՔ ԵՎ ԴԻՄՈՒՄ ԵՔ ԱՊԱՍՏԵՐԻ ՀԱՄԱՐ) 4. ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈՐ

ԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ

Խնդրում ենք վարչաշրջանին տրամադրել ձեզ հետ կապվելու լավագույն ձևը Սա կօգնի ձեր դիմումը մշակելիս: Ստորև տրամադրելով ձեր կոնտակտային տեղեկությունները՝ դուք լիազորում եք վարչաշրջանին ձեզ հետ կապ հաստատել հեռախոսով, էլ. փոստով, կամ տեքստային հաղորդագրությամբ կամ թողնելով ձայնային հաղորդագրություն ձեր դիմումի վերաբերյալ:

Table with 2 columns: 1. ՏԱՆ ՀԵՌԱՆՈՒՄ 2. ԲԶՋԱՅԻՆ ՀԵՌԱՆՈՒՄ

Դուք անօթևան եք: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք անմիջապես հայտնել վարչաշրջանին, եթե դուք անօթևան եք, որպեսզի նրանք օգնեն ձեզ գտնել մի հասցե, որ կարող եք օգտագործել՝ որպեսզի ձեր դիմումը ընդունվի և ձեր գործի վերաբերյալ ծանուցումներ ստանաք վարչաշրջանի կողմից:

Ո՞ր լեզվով եք նախընտրում կարդալ (անգլերենից բացի): _____
Ո՞ր լեզվով եք նախընտրում խոսել (անգլերենից բացի): _____

Վարչաշրջանը անվճար բանավոր թարգմանիչ կտրամադրի: Եթե խույ էք կամ լսողական դժվարությունների ունեք, խնդրում ենք նշել այստեղ

Դուք կամ ձեր տնային տնտեսության որևէ անդամ ունե՞ք հաշմանդամություն (կամ ընտիր հարց): Այո Ոչ

Դուք կամ ձեր տնային տնտեսության որևէ անդամ ունե՞ք կացարանի կարիք՝ պայմանավորված հաշմանդամությամբ (կամ ընտիր հարց): Այո Ոչ

Արդյոք ընտանեկան բռնության/չարաշահման պատմություն եղե՞լ է (կամ ընտիր հարց): Այո Ոչ

Ցանկանում եք դիմել Medi-Cal-ի համար: Եթե դուք պատասխանում եք «այո», վարչաշրջանը կօգտագործի ձեր պատասխանները՝ պարզելու, թե արդյոք դուք կարող եք ստանալ Medi-Cal-ի ծառայությունները: Այո Ոչ

Արդյո՞ք ձեր տնային տնտեսության ամսական համախառն եկամուտը քիչ է 150 ԱՄՆ դոլարից և կանխիկ դրամական միջոցները կամ ավանդային և խնայողական հաշիվներում կազմում են 100 ԱՄՆ դոլար կամ ավելի քիչ: Այո Ոչ

Արդյո՞ք ձեր տնային տնտեսության ամսական համախառն եկամուտը և կանխիկ դրամական միջոցները կամ ավանդային և խնայողական հաշիվներում ավելի քիչ են քան վարձակալության/հիփոթեքի և կրումալ ծառայությունների համատեղ արժեքը: Այո Ոչ

Արդյո՞ք ձեր տնային տնտեսությունը հանդիսանում է գաղթականի/սեզոնային ֆերմայում աշխատողի՝ հեշտ իրացվող ռեսուրսներով, 100 ԱՄՆ դոլարը չգերազանցող տնային տնտեսություն, և կամ ձեր եկամուտը դարձրել է կամ դուք չեք ստանա ավելի քան 25 ԱՄՆ դոլար հաջորդ 10 օրերի ընթացքում: Այո Ոչ

- Ես հասկանում եմ, որ՝ ստորագրելով այս դիմումը, սուտ վկայության համար պատժի ներքո (սուտ հայտարարություն անել), որ՝
- Ես կարդացել կամ ինձ համար կարդացել են այս դիմումի մեջ տեղ գտած տեղեկությունները և այս դիմումի մեջ հարցերին տված իմ պատասխանները:
- Հարցերին իմ պատասխանները ճշմարիտ են և ամբողջական՝ որքանով որ ես տեղյակ եմ:
- Որևէ պատասխան, որ ես կտամ իմ դիմումի գործընթացում, ճշմարիտ և ամբողջական կլինի՝ որքանով որ ես տեղյակ եմ:
- Ես կարդացել կամ ինձ համար կարդացել են և ես հասկացել և համաձայն եմ Իրավունքների և պարտավորությունների հետ (Ծրագրի կանոններ, էջ 1) CalFresh ծրագրի համար:
- Ես կարդացել կամ ինձ համար կարդացել են CalFresh ծրագրի Կանոններն ու տուգանքները (Ծրագրի կանոններ, էջ 2):
- Ես հասկանում եմ, որ CalFresh իրավունակությունը հաստատելու համար կեղծ կամ մոլորեցնող հայտարարությունները կամ փաստերը խեղաթյուրելը, թաքցնելը կամ չհայտնելը խարդախություն է: Խարդախությունը կարող է հանգեցնել քրեական գործի, որ կհարուցվի իմ դեմ, և/կամ ես մի որոշ ժամանակով (կամ ցմահ) կզրկվեմ CalFresh նպաստներից:
- Ես հասկանում եմ, որ նպաստների համար դիմող ընտանիքի անդամների Սոցիալական ապահովության համարները կամ ներգաղթյալի կարգավիճակները կարող են տրամադրվել համապատասխան կառավարական գործակալություններին՝ դաշնային օրենքին համապատասխան:

Table with 2 columns: 1. ԴԻՄՈՐԴԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ (ԿԱՄ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԶՓՔԱՅԱՄ ԱՆՂԱՄԻ/ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԶԻ*/ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ) 2. ԱՄՍԱԹԻՎ

*Եթե Լիազոր ներկայացուցիչ ունեք, խնդրում ենք լրացնել հարց 2՝ հաջորդ էջում:

2. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉ

Դուք կարող եք լիազորել 18 կամ ավելի տարեկան մեկին՝ ձեր CalFresh նպաստների հարցում ձեր ընտանիքին օգնելու համար: Այս անձը կարող է ձեր անունից խոսել հարցազրույցների ժամանակ, օգնել ձեր աշխատանքի լրացնելու հարցում, առևտուր անել ձեր համար և ձեր անունից հայտնել փոփոխությունների մասին: Դուք ստիպված կլինեք հետ վճարել որևէ նպաստ, որ դուք սխալմամբ ստացել եք Վարչաշրջանին այդ անձի կողմից տրված տեղեկությունների պատճառով, և որևէ նպաստ, որ դուք չեք ցանկանում, որ նա ծախսի, ձեզ չի վերադարձվելու: Եթե դուք Լիազոր ներկայացուցիչ եք, դուք պետք է Վարչաշրջանին ներկայացնեք ձեր և դիմորդի ինքնության ապացույց:

Դուք արդյո՞ք ցանկանում եք նշանակել որևէ մեկին ձեր CalFresh գործի հարցում ձեզ օգնելու նպատակով: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ Եթե այո, լրացրեք հետևյալ հատվածը՝

Table with 2 columns: ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻ ԾՆՈՒՄ (Name of authorized person) and ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻ ԳԵՈՒԿԱՆՈՒՄ (Address of authorized person)

Դուք արդյո՞ք ցանկանում եք նշանակել որևէ մեկին, ով կարող է ստանալ ու ծախսել ձեր CalFresh նպաստները ձեր կենցաղի համար: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ Եթե այո, լրացրեք հետևյալ հատվածը՝

Table with 4 columns: ԾՆՈՒՄ (Name), ԳԵՈՒԿԱՆՈՒՄ (Address), ԳՐԱՑԵՒՄ (Phone number), ԳՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈՐ (Social Security number)

3. ՈԱՍԱ/ԵԹՆԻԿ ՊԱՏԿԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ

Ուսային և եթնիկ պատկանելիության վերաբերյալ տեղեկությունները կամընտիր են: Պահանջվում է վստահեցնել, որ նպաստները տրվում են՝ անկախ ռասայից, մաշկի գույնից և ազգային պատկանելիությունից: Ձեր պատասխանները չեն ազդի ձեր իրավունակության կամ նպաստի գումարի վրա: Նշեք բոլոր ձեզ վերաբերողները: Օրենքը պահանջում է, որպեսզի Վարչաշրջանը գրանցի ձեր եթնիկ խումբը և ռասան:

Նշեք այս վանդակը, եթե չեք ցանկանում Վարչաշրջանին հայտնել ձեր ռասան և եթնիկ պատկանելիությունը: Եթե չեք ցանկանում, Վարչաշրջանը կմուտքագրի այս տեղեկությունները միայն քաղաքացիական իրավունքների վիճակագրության համար:

Form with checkboxes for race/ethnicity: Եթնիկ ՊԱՏԿԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ (Race/Ethnicity), Դուք հիսպանիկ կամ լատինամերիկացի՞ եք: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ, Եթե դուք հիսպանիկ կամ լատինամերիկացի եք, դուք ձեզ համարում եք՝ Մեքսիկացի Պուերտո Ռիկացի Կուբացի Այլ _____

ՈԱՍԱ/ԵԹՆԻԿ ՊԱՏԿԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ

- Սպիտակամորթ Ամերիկացի հնդկացի կամ այլասկայի բնիկ Սևամորթ կամ Աֆրիկացի ամերիկացի Այլ կամ խառնուրդ _____
- Ասիացի (Եթե նշում եք, խնդրում եք նշել հետևյալներից մեկը կամ մի քանիսը)՝ Ֆիլիպինացի Չինացի Ճապոնացի Կամբոջացի Կորեացի Վիետնամցի Ասիական հնդիկ Լաոսցի Այլ ասիացի (նշեք) _____
- Բնիկ հավայացի կամ այլ խաղաղօվկիանոսի կղզիաբնակ (Եթե նշում եք, խնդրում եք նշել հետևյալներից մեկը կամ մի քանիսը)՝ Բնիկ հավայացի Գուամցի կամ Չամոռո Սամոացի

4. ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑԻ ՆԱԽԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ

Դուք կամ ձեր ընտանիքի մեկ այլ չափահաս անդամ պետք է հարցազրույցի մասնակցեք Վարչաշրջանի հետ՝ ձեր դիմումը քննարկելու և CalFresh նպաստներ ստանալու համար: CalFresh-ի հարցազրույցները հիմնականում անցկացվում են հեռախոսով, սակայն ձեզ հետ կարող են է առերես հարցազրույց անցկացնել, երբ դուք անձամբ դիմում եք ներկայացնում Վարչաշրջանին կամ եթե նախընտրում եք անձամբ մասնակցել հարցազրույցին: Անձամբ անցկացվող հարցազրույցները տեղի են ունենում միայն Վարչաշրջանի սովորական աշխատաժամերի ընթացքում:

Խնդրում ենք նշել այս վանդակը, եթե ցանկանում եք անձամբ հարցազրույցի մասնակցել: Խնդրում ենք նշել այս վանդակը, եթե ձեզ այլ հարմարություններ են հարկավոր հաշմանդամության պատճառով:

Խնդրում ենք նշել ստորև ներկայացված վանդակները՝ հարցազրույցի ձեր նախընտրած օրվա և ժամի համար: Օր՝ Այսօր Հաջորդ հնարավոր օրը Որևէ օր Երկուշաբթի Երեքշաբթի Չորեքշաբթի Հինգշաբթի Ուրբաթ ժամ՝ Վաղ առավոտյան Կեսօրին Կեսօրից հետո Երեկոյան Որևէ ժամի

5. ԱՅԼ ԾՐԱԳՐԵՐ

Արդյո՞ք դուք կամ ձեր ընտանիքի որևէ անդամ երբևիցե ստացել եք հանրային աջակցություն (Կարիքավոր ընտանիքների ժամանակավոր աջակցություն, Medicaid, Լրացուցիչ սննդի օգնության ծրագիր [CalFresh], Ընդհանուր աջակցություն (General Assistance, GA)/Ընդհանուր օգնություն (General Relief, GR) և այլն): (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Table with 2 columns: ԵԹԵ ԱՅՈՒՆ, ՌԻՏԵԴ(ՎԱՐՉԱԾՆԵՐՁԱՆ/ՆԱՅԱՆԳ) (If Yes, Date/Time)

6a. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Լրացրեք հետևյալ տեղեկությունները տան բոլոր անդամների համար, որոնց հետ դուք գնում և պատրաստում եք ուտելիք, ներառյալ ձեզ: **Եթե դիմում եք ոչ-քաղաքացիների համար, խնդրում ենք լրացնել հարցեր 6b և 6c: Եթե ոչ, ապա անցե՛լ հարց 6d-ին:**

Սոցիալական ապահովության համարները կամ ընտիր են նպաստների համար չդիմող անդամների համար: Դուք պետք է պատասխանեք ստորև ներկայացված հարցերին նպաստների համար դիմող յուրաքանչյուր անձի համար:

ՆՊԱՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ԴԻՄԵԼԸ (✓ Նշեք Այո կամ Ոչ)	ԱՆՈՒՆ (Ազգանուն, անուն, միջին անունի սկզբնատառը)	Ի՞նչ հարաբերություններ ունի այս անձը ձեզ հետ:	ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	ՍԵՌ (M ԿԱՄ F)	ԱՄՆ ԶԱՂԱՔԱՑԻ (✓ Նշեք Այո կամ Ոչ) Եթե ոչ, լրացրեք հարց 6b ստորև	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՅՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		ԻՆՔՍ ԵՄ			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

Խնդրում ենք թվարկել այն անձանց անունները, ովքեր ապրում են ձեզ հետ և ձեզ հետ ուտելիք չեն գնում և պատրաստում:

ԱՆՈՒՆ	ԱՆՈՒՆ
ԱՆՈՒՆ	ԱՆՈՒՆ

6b. ՈՉ-ՔԱՂԱՔԱՑՈՒ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ - Լրացրե՛ք ԱՅՆ ԱՆՁԱՆՑ ՀԱՄԱՐ, ՈԿՔԵՐ ՆՇՎԱԾ ԵՆ ՀԱՐՑ 6A-ՈՒՄ ՎԵՐԵՎՈՒՄ, ՈԿՔԵՐ ԶԱՂԱՔԱՑԻ ՉԵՆ և ԴԻՄՈՒՄ ԵՆ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ:

ԱՆՈՒՆ	ԱՄՆ մուտք գործելու ամսաթիվը (եթե գիտեք)	Ներկայացրեք հետևյալներից մեկը (եթե գիտեք): Անձնագրի համար, Օտարերկրացու գրանցման համար և այլն:	Հովանավորված է: (✓ Նշեք Այո կամ Ոչ) Եթե այո, լրացրեք հարց 6c՝ ստորև՝
		Փաստաթղթի ՏԵՍԱԿ՝ _____ Փաստաթղթի ՀԱՄԱՐ՝ _____	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		Փաստաթղթի ՏԵՍԱԿ՝ _____ Փաստաթղթի ՀԱՄԱՐ՝ _____	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		Փաստաթղթի ՏԵՍԱԿ՝ _____ Փաստաթղթի ՀԱՄԱՐ՝ _____	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Վերևում նշված անձերից որևէ մեկը ունի՞ առնվազն 10 տարվա (40 եռամսյակ) աշխատանքային ստաժ կամ զինվորական ծառայություն ԱՄՆ-ում: (ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆ ՆՇԵԼ ՍԵՎԸ) Այո Ոչ

Վերևում նշված անձերից որևէ մեկը ունի՞, կամ դիմե՞լ է կամ պլանավորո՞ւմ է դիմել T-Visa, կամ VAWA կարգավիճակի համար: Այո Ոչ

6c. ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՈՉ-ՔԱՂԱՔԱՑՈՒ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ - Լրացրեք այն անձանց համար, ովքեր նշված են հարց 6b-ում վերևում, ովքեր հովանավորված ոչ-քաղաքացի են և դիմում են օժանդակության համար:

Արդյո՞ք հովանավորը ստորագրել է I-864-ը: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել մնացած հարցերին: Եթե հովանավորը ստորագրել է I-134-ը, այդ դեպքում շրջանցե՛ք այս հարցը:

Արդյո՞ք հովանավորը կանոնավոր օգնում է ֆինանսներով: Այո Ոչ Եթե այո, որքա՞ն: \$ _____

Արդյո՞ք հովանավորը կանոնավոր օգնում է հետևյալներից որևէ մեկով (նշեք բոլոր կիրառելիները)՝ վարձակալություն հագուստ սնունդ այլ _____

ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ԱՆՈՒՆԸ	Ո՞Վ Է ՀԱՈՎԱՆԱՎՈՐՎԵԼ	ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ՀԵՌԱՆՈՍԱՅԱՄԱՐԸ
ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ԱՆՈՒՆԸ	Ո՞Վ Է ՀԱՈՎԱՆԱՎՈՐՎԵԼ	ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ՀԵՌԱՆՈՍԱՅԱՄԱՐԸ

6d. ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐ

Արդյո՞ք նպաստների համար դիմող որևէ մեկը, ներառյալ դուք, այցելում է քոլեջ կամ մասնագիտական դպրոց: (Խնդրում ենք նշել մեկը)
 Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

Անձի անունը	Դպրոցի/վերապատրաստման անվանումը	Անդամագրման կարգավիճակը (✓ նշեք մեկը)	Նրանք աշխատում են:
		<input type="checkbox"/> Կես դրույքով կամ ավելի շատ <input type="checkbox"/> Ավելի պակաս, քան կես դրույքով Միավորների քանակը՝ _____	Միջին աշխատանքային ժամերը մեկ շաբաթում՝ _____
		<input type="checkbox"/> Կես դրույքով կամ ավելի շատ <input type="checkbox"/> Ավելի պակաս, քան կես դրույքով Միավորների քանակը՝ _____	Միջին աշխատանքային ժամերը մեկ շաբաթում՝ _____

6e. Ձեր տանն ապրում է խնամակալության վերցրած երեխա Այո Ոչ Եթե այո, ո՞վ _____
 խնդրում ենք պատասխանել երեխայի (երեխաների) վերաբերյալ հարցերին.

Արդյոք այս երեխան (երեխաները) ուղարկվել են ձեր ընտանիք դատարանի՝ կախյալի մասին որոշմամբ: Այո Ոչ

Դուք ցանկանում եք, որ ձեր կողմից խնամակալության վերցրած երեխան (երեխաները) ներառվեն ձեր CalFresh-ի գործում: (Խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե այո, ձեր կողմից ստացվող խնամակալության եկամուտը կհաշվարկվի որպես չվաստակած եկամուտ:

Եթե ոչ, խնամակալության եկամուտը չի հաշվարկվի որպես չվաստակած եկամուտ:

7. ԶՎԱՍՏԱԿԱԾ ԵՎԱՍՈՒՄ

Արդյո՞ք դուք կամ ձեզ հետ սնունդ գնող և պատրաստող որևէ մեկը ստանում է եկամուտ, որը չի առաջանում աշխատանքից (չվաստակած): (Խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

Նշեք ձեր չվաստակած եկամտի բոլոր տեսակները, որոնք առկա են այս օրինակներում երին (կարող են լինել այլ տեսակներ, որ նշված չեն այստեղ).

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Սոցիալական ապահովություն | <input type="checkbox"/> Վետերանի նպաստներ կամ շինվորական թոշակ | <input type="checkbox"/> Վիճակախաղի/դրամախաղի շահած գումարներ |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> Ֆինանսական օժանդակություն (Դպրոցական դրամաշնորհներ/վարկեր/կրթաթոշակներ) | <input type="checkbox"/> Վարձավճարի/սննդի/հագուստի օգնություն |
| <input type="checkbox"/> Կանխիկ օժանդակություն | <input type="checkbox"/> Դրամական նվիրատվություն | <input type="checkbox"/> Ապահովագրության կամ իրավական վճարումներ |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> Գործազրկության ապահովագրություն/Նահանգային հաշմանդամության ապահովագրություն (SDI) | <input type="checkbox"/> Մասնավոր հաշմանդամություն կամ թոշակ |
| <input type="checkbox"/> Սենյակ և սնունդ (ձեր վարձակալի կողմից) | <input type="checkbox"/> Աշխատողների փոխհատուցում | <input type="checkbox"/> Գործադուլի նպաստներ |
| <input type="checkbox"/> Թոշակ | | <input type="checkbox"/> Այլ _____ |
| <input type="checkbox"/> Երեխայի/Ամուսնու (կնոջ) օգնություն | | |
| <input type="checkbox"/> Դեռուկան/երկաթուղու հաշմանդամություն կամ թոշակ | | |

Ո՞ր անձն է ստանում գումարը:	Որտեղի՞ց:	Ինչքան	Որքա՞ն հաճախ է ստանում: (մեկ անգամ, ամեն շաբաթ, ամեն ամիս կամ այլ)	Ակնկալվում է շարունակություն: (✓ նշեք Այո կամ Ոչ)
		\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Եթե այս եկամուտը չի շարունակվելու, խնդրում ենք բացատրել.

8. ՎԱՍՏԱԿԱԾ ԵՎԱՄՈՒՏ

Արդյո՞ք դուք կամ ձեզ հետ սնունդ գնող և պատրաստող որևէ մեկը ստանում է եկամուտ աշխատանքից (վաստակած):
(հսկողում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե այո, ինդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, անցեք հարց 9-ին:

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ. Եթե ինքնազբաղ է, լրացրեք հարց 8a-ն:

Ինդրում ենք նշել բոլոր եկամուտները նախքան հարկերը կամ այլ հետպահումները (համախառն եկամուտ):

Վաստակած եկամտի օրինակներն են (այս օրինակները կարող են լինել լրիվ դրույքով, ժամանակավոր, սեզոնային կամ վերապատրաստման, կարող են լինել նաև այլ տեսակներ, որոնք նշված չեն).

- Ռոճիկներ
- Կոմիսիոն վճարներ
- Թեյավճարներ
- Աշխատավարձեր
- Աշխատանքային կրթություն (ուսանողներ)

Աշխատող անձը	Գործատուի անունը և հասցեն	Գործատուի հեռախոսահամարը	Ժամավճարը	Միջին շաբաթական ժամերը	Ինչքան հաճախ է վճարվում (Մեկ անգամ, ամեն շաբաթ, ամեն ամիս, այլ)	Այս ամիս ստացած ընդհանուր համախառն վաստակած եկամուտ	Ակնկալվում է շարունակություն: (✓ Նշեք Այո կամ Ոչ)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Եթե այս եկամուտը չի շարունակվելու, ինդրում ենք բացատրել.

Վերջին 60 օրվա ընթացքում արդյո՞ք որևէ մեկը կորցրել է աշխատանքը, հեռացել աշխատանքից կամ կրճատել աշխատաժամերը: (Ինդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե ԱՅՈ, ՌԿ	ԱՆՆԱՏԱԶԸ ԿՈՐՑՆԵԼՈՒ, ԳԵՌԱՆԱԼՈՒ ԿԱՄ ՓՈԽԵԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՎԵՐՋԻՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ՕՐԸ
ՈՐՆ Է ՊԱՏՃԱՌԸ		

Որևէ մեկը գործազույգի մեջ է: (Ինդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե ԱՅՈ, ՌԿ	ԳՈՐԾԱԴՈՒԼ ՍԿՍԵԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՎԵՐՋԻՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ՕՐԸ
ՈՐՆ Է ՊԱՏՃԱՌԸ		

8a. ԻՆՔՆԱԶԲԱԴ

Ընտանիքի ինքնազբաղ անդամները կարող են հանել ինքնազբաղության փաստացի ծախսերը կամ ինքնազբաղության եկամտից հանել ստանդարտ 40%-ը: Եթե ընտրեք փաստացի ծախսերը, ձեզ հարկավոր կլինի Վարչաշրջանին ծախսերի ապացույց ներկայացնել:

Ինքնազբաղ անձը	Բիզնեսը սկսելու ամսաթիվը	Բիզնեսի տեսակը և անունը	Համախառն ամսական եկամուտ	Ինքնազբաղության ծախսեր (Ինդրում ենք ✓ նշել մեկը)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% ֆիքսված տոկոսադրույք <input type="checkbox"/> Փաստացի ծախսեր \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% ֆիքսված տոկոսադրույք <input type="checkbox"/> Փաստացի ծախսեր \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% ֆիքսված տոկոսադրույք <input type="checkbox"/> Փաստացի ծախսեր \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% ֆիքսված տոկոսադրույք <input type="checkbox"/> Փաստացի ծախսեր \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% ֆիքսված տոկոսադրույք <input type="checkbox"/> Փաստացի ծախսեր \$ _____

9. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԵՐԵՒԱՑԻ/ՄԵԾԱՅԱՍԱԿԻ ԽՆԱՄՔԻ ԾԱԽՍԵՐ

Արդյո՞ք դուք կամ ձեզ հետ սնունդ գնող կամ պատրաստող որևէ մեկը վճարում եք երեխայի, հաշմանդամ մեծահասակի կամ այլ կախյալ անձի խնամքի համար, այնպես, որ դուք կամ այլ անձը կարող եք գնալ աշխատանքի, դպրոց, վերապատրաստման կամ գործ փնտրել: (Խնդրում ենք Նշել մեկը) Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

Ո՞վ է խնամք ստանում:	Ո՞վ է խնամք տրամադրում (տրամադրողի անունն ու հասցեն)	Որքա՞ն է վճարվում:	Որքա՞ն հաճախ է վճարվում: (շաբաթական/ամսական, այլ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Արդյո՞ք որևէ մեկը օգնում է ձեր ընտանիքին վճարել վերոհիշյալ երեխայի/մեծահասակի խնամքի արժեքի մի մասը կամ ամբողջությամբ: Այո Ոչ Եթե այո, ապա լրացրեք ներքևի մասը.

Ո՞վ է խնամք ստանում:	Ո՞վ է օգնում վճարել:	Որքա՞ն է վճարվում:	Որքա՞ն հաճախ է վճարվում: (շաբաթական/ամսական, այլ)
		\$	
		\$	

10. ԵՐԵՒԱՑԻ ԽՆԱՄՔԻ ՎՃԱՐՆԵՐ

Արդյո՞ք դուք կամ որևէ մեկը, ով ձեզ հետ սնունդ է գնում կամ պատրաստում, օրենքով պարտավոր է վճարել երեխայի խնամքի համար, ներառյալ՝ երեխայի խնամքի ուշացած գումարներ: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

Ո՞վ է վճարում երեխայի խնամքի համար:	Երեխայի/երեխաների անուն(ներ)ը, ում համար վճարվում է երեխայի խնամքի գումարը.	Որքա՞ն է վճարվում:	Որքա՞ն հաճախ է վճարվում: (շաբաթական/ամսական, այլ)
		\$	
		\$	

11. ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԾԱԽՍԵՐ

Արդյո՞ք դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ դուք ուտելիք եք գնում և պատրաստում, պատասխանատու է որևէ ընտանեկան ծախսերի համար: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ. Մի մուտքագրեք այն գումարները, որոնք վճարվել են տան աջակցության ծրագրերի կողմից, ինչպիսիք են՝ HUD-ը կամ Բաժին 8-ը: Ձեռնուցումն ու օդորակումը, հեռախոսը և այլ կոմունալ ծառայությունները և անօթևանների կացարանը տրամադրում են Նպաստներ և չպետք է ներառվեն ձեր փաստացի պարտքի գումարի մեջ:

Ծախսերի տեսակները	Ծախսեր ունե՞ք: (խնդրում ենք Նշել մեկը)	Ո՞վ է վճարում:	Պարտքի գումարը	Ի՞նչ հաճախականությամբ է հաշիվ ներկայացվում: (շաբաթական/ամսական, այլ)
Վարձակալություն կամ տան վճարներ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		\$	
Գույքահարկ և ապահովագրություն (եթե հաշիվը ներկայացվում է վարձակալությունից կամ հիպոթեկից առանձին)	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		\$	
Տաքացնելու կամ օդորակելու համար օգտագործվող գազ, էլեկտրականություն կամ այլ վառելիք (եթե հաշիվը ներկայացվում է վարձակալությունից կամ հիպոթեկից առանձին)	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ			
Հեռախոս/բջջային հեռախոս	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ			
Անօթևանների կացարանի ծախսեր	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ			
Ջուր, ջրահեռացում, աղբ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ			
Արդյո՞ք որևէ մեկը, ով ձեր ընտանիքի անդամն է, օգնում է ձեզ վերոհիշյալ ծախսերի հարցում: (խնդրում ենք Նշել մեկը) <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել:		Ո՞վ է օգնում վճարել:	Որքա՞ն \$	Ինչքա՞ն հաճախ է վճարվում

Արդյո՞ք ձեր ընտանիքը ստանում է կամ պատրաստվում է ստանալ վճարում Ցածր եկամուտով տան էլեկտրաէներգիայի աջակցության ծրագրից (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP): (խնդրում ենք Նշել մեկը) Այո Ոչ

12. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱԽՍԵՐ.

Արդյո՞ք դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ ուսուցիչը եք գնում կամ պատրաստում ծեր (60 կամ ավել տարիքի) կամ հաշմանդամ անձ և որն ունի գրպանից վճարվող որևէ բժշկական ծախսեր: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

Թվարկեք ծախսերն, որոնք դուք ակնկալում եք մոտ ապագայում:

Թույլատրելի բժշկական ծախսերն են՝ (խնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելի վանդակները:)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Բժշկական կամ ատամնաբուժական խնամք | <input type="checkbox"/> Արհեստական ատամնաշարեր, լսողական սարքեր և պրոթեզներ | <input type="checkbox"/> Բժշկական բուժում ստանալու համար փոխադրման արժեք (միդոն կամ գին) և կացարան |
| <input type="checkbox"/> Հոսպիտալացում/ամբուլատոր բուժում/բուժքույրական խնամք | <input type="checkbox"/> Սպասավորի ծառայություն, որն անհրաժեշտ է տարիքի հիվանդության կամ հաշմանդամության պատճառով | <input type="checkbox"/> Նշանակված ակնոցներ և կոնտակտային ոսպնյակներ |
| <input type="checkbox"/> Դեղատոմսով դեղեր | <input type="checkbox"/> Սպասավորին տրամադրվող սննդի քանակը և արժեքը | <input type="checkbox"/> Նշանակված բժշկական պարագաներ և սարքավորումներ |
| <input type="checkbox"/> Առողջության և հոսպիտալացման ապահովագրության վճարներ | <input type="checkbox"/> Ազատ վաճառքում գտնվող նշանակված դեղեր | <input type="checkbox"/> Ծառայողական կենդանիների ծախսեր (ուսուցիչ, անասնաբույժի հաշիվ և այլն) |
| <input type="checkbox"/> Medicare-ի վճարներ (Medi-Cal-ի արժեքի կիսում և այլն) | | |

Ծեր/հաշմանդամ անձի անունը	Ծախսերի գումարը	Որքան հաճախ է վճարվում: (շաբաթական/ամսական, այլ)	Ինչպիսի՞ ծախսեր (դեղատոմսով դեղեր, արհեստական ատամնաշարեր, սպասավորին մատուցվող ուսուցիչի քանակը և այլն)	Արդյո՞ք ընտանիքին կփոխհատուցեն որևէ բժշկական ծախսերի համար: (Medi-Cal-ի, ապահովագրության, ընտանիքի անդամի կողմից և այլն)
	\$			Եթե ԱՅՈ, ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ: ԻՆՉ ԳՈՒՄԱՐՈՎ \$
	\$			Եթե ԱՅՈ, ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ: ԻՆՉ ԳՈՒՄԱՐՈՎ \$
	\$			Եթե ԱՅՈ, ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ: ԻՆՉ ԳՈՒՄԱՐՈՎ \$
	\$			Եթե ԱՅՈ, ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ: ԻՆՉ ԳՈՒՄԱՐՈՎ \$

13. Արդյո՞ք որևէ մեկը, ով դիմում է նպաստների համար, ներառյալ ձեզ, ուսուցիչ է ստանում հետևյալ վայրերից որևէ մեկից:

(խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

- Ծերերի/հաշմանդամների համայնական ճաշելու հաստատություն
- Մսնդի բաշխման ծրագիր, որն իրականացվում է Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիայի կողմից
- Մսնդի այլ ծրագիր

Եթե ԱՅՈ, ՈՎ՝	ՈՐՏԵՂ
Եթե ԱՅՈ, ՈՎ՝	ՈՐՏԵՂ

14. Արդյո՞ք որևէ մեկը, ով դիմում է նպաստների համար, ներառյալ ձեզ, ապրում է հետևյալ վայրերից որևէ մեկում:

(խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

- Անօթևանների կացարան
- Բռնության ենթարկված կանանց կացարան
- Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիա
- Թմրադեղերի/ալկոհոլի վերականգնողական կենտրոն
- Ուղղիչ հիմնարկ/քրեակատարողական հիմնարկ (Բանտ կամ գաղութ)
- Կույրերի/հաշմանդամների համար խմբակային ապրելու հարմարություններ
- Դաշնության կողմից սուբսիդավորված տուն
- Հոգեբուժական հիվանդանոց/հոգեբուժարան
- Հիվանդանոց
- Երկարաժամկետ խնամքի կամ կացարանի և խնամքի հաստատություն

Անձի անունը	Հաստատության անվանումը (կենտրոն, կացարան, հաստատություն և այլն)	Դուրսգրման ակնկալվող ամսաթիվը (եթե կիրառելի է)

15. Արդյո՞ք դուք կամ ձեզ հետ ապրող որևէ մեկը 60 կամ ավելի տարեկան է և ի վիճակի չէ առանձին ուսուցիչ գնել և պատրաստել՝ հաշմանդամության պատճառով: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե ԱՅՈ, ՈՎ՝

16. ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐ

Արդյո՞ք դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ դուք ուսելիք եք գնում և պատրաստում, ունի որևէ ռեսուրսներ (կանխիկ դրամ, դրամ բանկում, Ավանդի վկայական, բաժնետոմսեր և պարտատոմսեր և այլն): Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, անցեք հաջորդ հարցին:

Նշեք բոլոր վերաբերողները:

- Բանկի/Վարկային միության հաշիվ (Կանխիկ հաշիվ)
- Բանկի/Վարկային միության հաշիվ (Կուտակային հաշիվ)
- Անվտանգության ավանդի արկղ
- Կուտակային պարտատոմս(եր)
- Money Market-ի հաշիվ
- Փոխադարձ հիմնադրամ
- Ավանդի վկայական (Certificate of Deposit, CD)
- Կանխիկ դրամ
- Բաժնետոմսեր
- Պարտատոմսեր
- Այլ՝ _____

Եթե միացյալ հաշիվ է մեկ այլ անձի հետ, խնդրում ենք նշել:

Յուրաքանչյուր նշված վանդակի համար լրացրեք հետևյալ տեղեկությունները:

Ու՛մ անունով են թվարկված ռեսուրսները:	Ի՛նչ տեսակի ռեսուրսներ են:	Որքա՛ն է դրանց արժեքը:	Որտե՛ղ են ռեսուրսները: (ներառեք բանկի կամ ընկերության անունը, որտեղ դրամը պահվում է)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Արդյո՞ք վերջին երեք ամսվա ընթացքում դուք կամ ձեր ընտանիքի որևէ անդամ վաճառել, փոխանակել, ուրիշին տվել կամ փոխանցել է մի ռեսուրս: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

17. ԿՐԿԼՕՐԻՆԱԿ ՆՊԱՍՆԵՐ

Արդյո՞ք դուք կամ ձեր ընտանիքի որևէ անդամ մեղադրվել է կրկնակի SNAP (սննդի աջակցության ծրագրի դաշնային անուն, որը Կալիֆորնիայում հայտնի է որպես CalFresh) նպաստներ ստանալու խարդախության մեջ որևէ նահանգում 1996թ. սեպտեմբերի 22-ից հետո: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ
Եթե այո, ո՞վ _____

18. ՆՊԱՍՆԵՐԻ ԹՐԱՖԻԶԻՆԳ (ՓՈՒՍՆԱԿՈՒՄ ԿԱՍ ՎԱՃԱՌՔ)

Արդյո՞ք դուք կամ ձեր ընտանիքի որևէ անդամ մեղադրվել է \$500 կամ ավելի գումարի SNAP նպաստների թրաֆիքինգի (ուրիշներին EBT քարտեր փոխանակելու կամ վաճառելու) մեջ 1996թ. սեպտեմբերի 22-ից հետո: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ
Եթե այո, ո՞վ _____

19. ՆՊԱՍՆԵՐԸ ԹՄՐԱԴԵՂԵՐԻ ՀԵՏ ՓՈՒՍՆԱԿԵԼԸ

Դուք կամ ձեր կենցաղից որևէ մեկը մեղադրվել է 1996թ.-ի սեպտեմբերի 22-ից հետո SNAP նպաստների և թմրադեղերի փոխանակման մեջ: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ
Եթե այո, ո՞վ _____

20. ՆՊԱՍՆԵՐԸ ԶԻՆԱՄԹԵՐԹԻ ԿԱՍ ՊԱՅԹՈՒՑԻԿԻ ՀԵՏ ՓՈՒՍՆԱԿԵԼԸ

Արդյո՞ք դուք կամ ձեր ընտանիքի որևէ անդամ մեղավոր է ճանաչվել հրացանների, ռազմամթերքի կամ պայթուցիկ նյութերի SNAP նպաստների հետ փոխանակման մեջ 1996թ.-ի սեպտեմբերի 22-ից հետո: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ
Եթե այո, ո՞վ _____

21. ՓԱՆՈՒՄՏԻ ԴԻՄԱՃ ՀԱՆՑԱԳՈՐԾ

Արդյո՞ք դուք կամ ձեր ընտանիքի որևէ անդամ թաքնվում կամ փախչում է օրենքից՝ քրեական պատասխանատվությունից, ձերբակալումից կամ բանտարկումից խուսափելու համար՝ քրեական հանցագործություն կատարելու պատճառով: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ
Եթե այո, ո՞վ _____

22. ՓՈՐՁԱՇՐՋԱՆԻ/ՎԱՂԱԺԱՍ ԱՉԱՏԱՆ ԽԱԽՏՈՒՄ

Արդյո՞ք դուք կամ ձեր ընտանիքի որևէ անդամ դատարանի կողմից մեղադրվել է փորձաշրջանի կամ վաղաժամ ազատման խախտման համար: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ
Եթե այո, ո՞վ _____

Լրացուցիչ տարածք՝ գրելու համար

Լրացուցիչ տարածք՝ գրելու համար

ՄԻ ԼՐԱՑՐԵՔ - 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 cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less? Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts 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 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days? Yes No