



ԴԻՄՈՒՄ՝ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

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

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

Ինչպե՞ս դիմեմ:

Եթե դիմում եք միայն CalFresh նպաստների համար, օգտագործեք այս դիմումի ձևը: CalFresh-ը սննդի աջակցության ծրագիր է, որը ձեզ օգնում է ձեր ընտանիքի համար գնված սննդի արժեքի հարցում: Եթե ցանկանում եք դիմել CalFresh-ից բացի այլ ծրագրերի համար, ինչպիսիք են՝ CalWORKs-ը կամ Medi-Cal-ը, խնդրում ենք դիմել այլ ծրագրերի համար նախատեսված դիմումի ձևերի համար: Դուք կարող եք նաև դիմել CalFresh-ի կամ այլ ծրագրերի համար առցանց՝ <http://www.benefitscal.org/>. հասցեով: Ձեր իրավունակությունը կարող եք պարզել <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm> կայքի միջոցով:

- 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:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- 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 կստորագրեք դիմումը:
- Դուք պետք է հարցազրույց անցնեք Վարչաշրջանի հետ՝ Ձեր դիմումը քննարկելու համար: Հարցազրույցների մեծ մասն 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:

Որքան 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 ամսեկան 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

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Ձեր ընտանիքի տան հետ կապված ծախսերը (վարձակալություն/ հիպոտեկ և կոմունալ ծախսեր) գերազանցում են ձեր ամսեկան 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, որն 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:

Ձգձգումներից 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 անուևով 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 ինսամքի 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 ինքնուրոյան համար (Personal Identification Number, PIN):
- Եթե ձեր EBT քարտը կորի, գողացվի կամ վնասվի, կամ եթե կարծում եք, որ որևէ մեկը միգուցե 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 ուտելիքները գնելու համար, ինչպես նաև սերմերը, որոնք դուք կտնկեք՝ ձեր սեփական ուտելիքը աճեցնելու համար: Դուք չեք կարող գնել ալկոհոլ, ծխախոտ, տնային կենդանու ուտելիք, որոշ տեսակի եփված ուտելիքներ կամ ցանկացած բան, որ ուտելիք չէ (օր՝ ատամի մածուկ, օճառ, թղթե սրբիչ և այլն):

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- CalFresh նպաստները ընդունվում են մթերային գրեթե բոլոր խանութներում և ուսելիք վաճառող այլ վայրերում: Ձեր տարածքում EBT ընդունող խանութների ցանկի համար խնդրում ենք այցելել <https://www.ebt.ca.gov> կամ <https://www.snapfresh.org> 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. Մնում եք վերահսկվող կացարանում, կիսակառույց շինությունում կամ նմանատիպ վայրում:
- B. Ոչ ավելի քան 90 անընդմեջ օր մնում եք մեկ ուրիշի կամ ընտանիքի անդամի տանը:
- C. Թնում 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 գործն 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:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

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:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- 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 գործողությունն 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:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- 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):

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:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

**Ճրագրի խախտումներ
CalFresh-ի համար. Ես
հասկանում եմ, որ հնարավոր
է՝ ճրագրի միտումնավոր
խախտում իրականացրած
լինեմ, եթե անեմ
հետևյալներից որևէ մեկը.**

- 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 նպաստներն ակոհով կամ ծխախոտ գնելու համար
- Փոխանակեմ, գնեմ, վաճառեմ կամ ուրիշին տամ CalFresh-ի նպաստները կամ EBT քարտերը, կամ փորձ կատարեմ 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

**Տուգանքներ
Ես կարող եմ՝**

- 12 ամսով կորցնել CalFresh նպաստներն առաջին խախտման համար և հետ վճարել CalFresh-ի հավելյալ վճարված բոլոր նպաստները

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

**Ծրագրի խախտումներ
CalFresh-ի համար. Ես
հասկանում եմ, որ հնարավոր
է՝ ծրագրի միտումնավոր
խախտում իրականացրած
լինեմ, եթե անեմ
հետևյալներից որևէ մեկը.
(Շարունակություն)**

- Լրացնեմ կեղծ փաստաթղթեր իրավասություն չունեցող կամ գոյություն չունեցող երեխաների կամ ընտանիքի 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 փորձեմ վերադարձնել տարան՝ կանխավճարված գումարը

**Տուգանքներ
Ես կարող եմ՝
(Շարունակություն)**

- 24 ամսով կորցնել CalFresh նպաստներն երկրորդ խախտման համար և հետ վճարել CalFresh-ի հավելյալ վճարված բոլոր նպաստները

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

**Ծրագրի խախտումներ
CalFresh-ի համար. Ես
հասկանում եմ, որ հնարավոր
է՝ ծրագրի միտումնավոր
խախտում իրականացրած
լինեմ, եթե անեմ
հետևյալներից որևէ մեկը.
(Շարունակություն)**

ստանալու համար: CalFresh
Նպաստներով ապրանք գնեմ և
միտումնավոր վերավաճառեմ այն
գումար կամ իրավասու սննդից բացի
այլ ապրանք ստանալու համար

**Տուգանքներ
Ես կարող եմ՝
(Շարունակություն)**

- Տուգանվել մինչև \$250,000.00,
բանտարկվել մինչև 20 տարով
կամ երկուսն էլ

- Փոխանակել CalFresh նպաստները
կամ փորձել փոխանակել CalFresh
նպաստները հետևյալով՝ կանխիկ
դրամ, զեկք, ոչ-իրավունակ
ապրանքներ կամ վերահսկվող
կյութեր, օրինակ՝ թմրադեղեր

- 24 ամսով կորցնել CalFresh
նպաստներն առաջին
խախտման համար
- Մեկընդմիջտ կորցնել CalFresh
նպաստներն երկրորդ
խախտման համար

- Իմ ինքնության և ապրելու վայրի
վերաբերյալ տրամադրել սուտ
տեղեկություններ՝ լրացուցիչ CalFresh
նպաստներ ստանալու համար

- Յուրաքանչյուր խախտման
համար 10 տարով կորցնել
CalFresh նպաստները

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

**Ծրագրի խախտումներ
CalFresh-ի համար. Ես
հասկանում եմ, որ հնարավոր
է՝ ծրագրի միտումնավոր
խախտում իրականացրած
լինեմ, եթե անեմ
հետևյալներից որևէ մեկը.
(Շարունակություն)**

- Դատապարտված եմ եղել \$500 կամ ավելի գումարի CalFresh նպաստների փոխանակման, վաճառքի կամ փոխանակման փորձի համար կամ CalFresh նպաստները զենքով, զինամթերքով կամ պայթուցիկ նյութերով փոխանակման կամ փոխանակման փորձի համար:

**Տուգանքներ
Ես կարող եմ՝
(Շարունակություն)**

- Մշտապես կորցնել CalFresh նպաստները

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:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

State of California – Health and Human Services Agency California Department of Social Services

- Մանդային նպաստներ ստանալը չի ազդի ձեր կամ ձեր ընտանիքի ներգաղթային կարգավիճակի վրա: Ներգաղթային տվյալներն անձնական են և գաղտնի:
- Ոչ-քաղաքացիների ներգաղթայի 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 հաստատի 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 տվյալներն 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:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

273.2(b)(4) *Գաղտնիության օրենքի հիմնավորում:* Որպես Վարչաշարժանի 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:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

(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 ներգաղթյալի 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 պատասխաններն՝ օգտագործելով Ներքին եկամուտների ծառայության (Internal Revenue Service, IRS), Սոցիալական ապահովության վարչության, Ազգային անվտանգության վարչության և/կամ **ապառողների 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 տալ իրենց SSN օգնություն ստանալու համար, օրինակ՝ ընտանեկան բռնության զոհերը, հանցագործության վկաները և թրաֆիքինգի զոհերը:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

Գերավճար

Սա նշանակում է, որ դուք ստացել եք ավելի շատ CalFresh նպաստներ, քան ձեզ հասնում էր: Դուք պետք է հետ վճարեք այդ գումարներն, 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:

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

Խտրականության բացառման հայտարարություն.

Համաձայն Բաղաքացիական 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 անձ (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 անձինք կարող են դիմել USDA-ին՝ Դաշնային կոմուտատորային 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՝ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html հասցեով և USDA-ի որևէ գրասենյակում, կամ դիմեք ձեր Վարչաշրջանի Բաղաքացիական իրավունքների համակարգողին, կամ USDA-ին ուղղված նամակ ներկայացրեք և նամակում նշեք ձևաթղթում պահանջվող

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

բոլոր տեղեկությունները կամ գրեք Կալիֆորնիայի Սոցիալական ծառայությունների վարչությանը (California Department of Social Services, CDSS)՝ ստորև ներկայացված հասցեով: Բողոքի ձևաթղթի օրինակը ստանալու համար զանգահարեք (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:

Գործի փաստաթղթերի ուսումնասիրություններ

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

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

Համագործակցության ձախողումը 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,

Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր փաստաթղթերի հետ:

ՆՇՈՒՄՆԵՐ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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

ԱՆՈՒՆ (ԱՌԱՋԻՆ, ՄԻՋԻՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)	ԱՅՆ ԱՆՈՒՆՆԵՐ (ՕՐԻՈՐԴԱԿԱՆ, ՄԱԿԱՆՈՒՆ ԵՎ ԱՅԼՆ)	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՐՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (ԵԹԵ ԱՅՆ ՈՒՆԵՔ ԵՎ ԴԻՄՈՒՄ ԵՔ ՆՊԱՍՏԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)	
ՏԱՆ ՀԱՍՑԵՆ ԿԱՄ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆ ԴԵՊԻ ՁԵՐ ՏՈՒՆ	ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍԱՋՅԻՆ ԿՈՐ
ՓՈՍԱՋՅԻՆ ՀԱՍՑԵ (ԵԹԵ ՏԱՐԲԵՐՎՈՒՄ Ե ԿԵՐՈՐԻՇՅԱԼԻՑ)	ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍԱՋՅԻՆ ԿՈՐ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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:

ՏԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍ	ԲԶԶԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍ	ՆՇԵՔ ՎԱՆԴԱԿԸ՝ ՏԵՔՍԱՅԻՆ ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ <input type="checkbox"/>
ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ/ԱՅԼԸՆՏՐԱՆՔԱՅԻՆ/ՏԵՔՍԱՅԻՆ ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍ	ԷԼ.ՓՈՍՏԻ ՀԱՍՑԵ	

Դուք անօթևան եք: Այո Ոչ Եթե **այո**, ինչպես անվճար հայտնել վարչաշրջանին, եթե դուք անօթևան եք, որպեսզի նրանք օգնեն ձեզ գտնել մի հասցե, որ կարող եք օգտագործել՝ որպեսզի ձեր դիմումն 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): _____

Վարչաշրջանն անվճար բանավոր թարգմանիչ կտրամադրի: Եթե խուլ եք կամ լսողական դժվարությունների ունեք, ինչպես անվճար խոսելու

Դուք կամ ձեր տնային տնտեսության որևէ անդամ ունե՞ք հաշմանդամություն (կամընտիր հարց) (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

(ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՆՃԵԼ ՄԵԿԸ)

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

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

Ցանկանու՞մ 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 համատեղ եկամուտը և կանխիկ դրամական միջոցները կամ ավանդային և խնայողական հաշիվներում ավելի քիչ են քան վարձակալության/հիփոթեքի և կոմունալ ծառայությունների համատեղ արժեքը: Այո Ոչ

Արդյո՞ք ձեր տնային տնտեսությունը հանդիսանում է գաղթականի/սեզոնային ֆերմայում աշխատող՝ հեշտ իրացվող ռեսուրսներով, 100 ԱՄՆ դոլարը չգերազանցող տնային տնտեսություն, և կամ ձեր եկամուտը դադարել 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

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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:

ԴԻՄՈՐԴԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ (ԿԱՄ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՉԱՓԱՅԱՍ ԱՆԴԱՄԻ/ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ*/ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ)	ԱՄՍԱԹԻԿ
--	---------

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

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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 ձևաթղթերը լրացնելու հարցում, առևտուր անել ձեզ 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՝

ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ԱՆՈՒՆ	ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԱՄԱՐԸ
-------------------------------	-------------------------------------

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՝

ԱՆՈՒՆ	Հեռախոսահամար		
ՀԱՍՑԵ	ՔԱՂԱՔ	Նահանգ	Փոստային կոդ

3. ՌԱՍԱ/ԷԹՆԻԿ ՊԱՏԿԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ

Ռասային և էթնիկ 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 էթնիկ խումբը և ռասան:

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

ԷԹՆԻԿ ՊԱՏԿԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ	Դուք հիսպանիկ կամ լատինամերիկացի՞ եք: (խնդրում ենք նշել մեկը) <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե դուք հիսպանիկ կամ լատինամերիկացի եք, դուք ձեզ համարում եք <input type="checkbox"/> Մեքսիկացի <input type="checkbox"/> Պուերտո Ռիկացի <input type="checkbox"/> Կուբացի <input type="checkbox"/> Այլ _____
-----------------------------------	---

ՌԱՍԱ/ԷԹՆԻԿ 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)՝
 - Ֆիլիպինցի Չինացի Ճապոնացի Կամբոջացի Կորեացի Վիետնամցի
 - Ասիական հնդիկ Լաոսցի Այլ ասիացի (նշեք) _____

ՌԱՍԱ/ԷԹՆԻԿ ՊԱՏԿԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ - Շարունակություն

- Բնիկ հավայացի կամ Խաղաղ օվկիանոսի այլ կղզիաբնակ (եթե նշված է, ինդիուս ենթ ընտրել հետևյալներից մեկը կամ մի քանիսը)`
 - Բնիկ հավայացի
 - Գուլամի կամ Չամոռոռոցի
 - 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 եմք նշել այս վանդակը, եթե ցանկանում եք անձամբ հարցազրույցի մասնակցել:
- Խնդրում եմք նշել այս վանդակը, եթե ձեզ այլ հարմարություններ են հարկավոր հաշմանդամության պատճառով:

Խնդրում եմք 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

Եթե այո, ո՞վ:	Որտե՞ղ (վարչաշրջան/նահանգ):
Եթե այո, ո՞վ:	Որտե՞ղ (վարչաշրջան/նահանգ):

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:**

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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

(Նշե՛ք այն կտրվածը ✓) ՀԱՌՄԻ յՈՒՐԱ ԿԳՏՏԵՐԻ	(Ազգայնություն, անուն, ԿՆՈՒՆ (Ազգայնություն, անուն, սկզբնառաջիկ սիջիս անունիկ)	Ունի այս անձը ձեզ հետ: հարաբերությունների հիշ	ԵՎՈՒՆՈՒՄՆԵՐԸ	ՄԲՈՒ (M HUF)	Եթե ոչ, յուրաքանչյուր 66 ստորև (Նշե՛ք այն կտրվածը ✓) ԿՏՏԵՐԻ	ԿՏՏԵՐԻ ԿՏՏԵՐԻ
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		ԻՆՏԵՆՍ			<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	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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

Անուն	Անուն
Անուն	Անուն

6b. ՈՉ-ՔԱՂԱՔԱՅՈՒ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ - Լրացրեք այն անձանց համար, ովքեր նշված են հարց 6a-ում, ովքեր քաղաքացի չեն և դիմում են օժանդակության համար:

ԱՆՈՒՆ	ԱՄ մուտք գործելու ամսաթիվը (եթե գիտեք)	Ներկայացրեք հետևյալներից մեկը (եթե գիտեք): Անձնագրի համար, Օտարերկրացու գրանցման համար և այլն:	Հովանավորվա՞ծ է: (✓ նշեք Այո կամ Ոչ) Եթե այո, լրացրեք հարց 6c՝
		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

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

(ԽՆԴՈՒՄ ԵՆՔ ՆՇԵԼ ՄԵԿԸ)

Վերևում նշված անձերից որևէ մեկն ունի՞ առնվազն 10 տարվա (40 եռամսյակ)
աշխատանքային ստաժ կամ զինվորական ծառայություն ԱՄՆ-ում:

Այո Ոչ

Եթե այո, ո՞վ: _____

Վերևում նշված անձերից որևէ մեկն ունի՞, կամ դիմել է կամ պլանավորում է
դիմել T-Visa, կամ VAWA կարգավիճակի համար:

Այո Ոչ

Եթե այո, ո՞վ: _____

6c. ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՈՂ-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 շրջանցեք այս հարցը:

Արդյո՞ք հովանավորը կանոնավոր օգնում է ֆինանսներով: Այո Ոչ

Եթե այո, որքա՞ն: \$ _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Արդյո՞ք հովանավորը կանոնավոր օգնում է հետևյալներից որևէ մեկով (նշեք բոլոր կիրառելիները)՝

վարձակալություն հագուստ սնունդ այլ _____

Հովանավորի անունը	Ո՞վ է հանդիմանում	Հովանավորի հեռախոսահամարը
Հովանավորի անունը	Ո՞վ է հանդիմանում	Հովանավորի հեռախոսահամարը

6d. Ուսանողներ

Արդյո՞ք նպաստների համար դիմող որևէ մեկը, ներառյալ դուք, այցելում է քույրեջ 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 աշխատո՞ւմ 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 ապրու՞մ է ինամակալության վերցրած երեխա (ԽՆՆՐՈՒՄ ԵՆՔ ՆՇԵԼ ՄԵԿԸ)
 Այո Ոչ

Եթե **այո**, ո՞վ _____

Խնդրում եմք պատասխանել երեխայի (երեխաների) վերաբերյալ հարցերին.

Արդյո՞ք այս երեխան ուղարկված է ձեր տուն կախյալի վերաբերյալ դատարանի կայացրած վճռով: Այո Ոչ

Դուք ցանկանո՞ւմ եք, որ ձեր կողմից ինամակալության վերցրած երեխան (երեխաները) ներառվեն ձեր CalFresh-ի գործում: Այո Ոչ

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

Եթե **ոչ**, ինամակալության եկամուտը չի հաշվարկվի որպես չվաստակած եկամուտ:

7. Չվաստակած եկամուտ

Արդյո՞ք դուք կամ ձեզ հետ սնունդ գնող և պատրաստող որևէ մեկը ստանում է եկամուտ, որը չի առաջանում աշխատանքից

(չվաստակած): (Խնդրում եմք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե **այո**, ինդրում եմք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, անցեք հաջորդ հարցին:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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

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

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Ո՞ր անձն է ստանում գումարը:	Որտեղի՞ց:	Ինչքա՞ն:	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 ԵԿՎՍՈՒՄԸ ՉԻ ՇԱՐՈՒՆԱԿԿԵԼՈՒ, ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԲԱՑԱՏՐԵԼ.

8. Վաստակած եկամուտ

ԱՐԴՅՈ՞Ք ԴՈՒՔ ԿԱՄ ՁԵՉ ՀԵՏ ՍՆՈՒՆԴ ԳՆՈՂ ԵՎ ՊԱՏՐԱՍՏՈՂ ՈՐԵՎԷ ՄԵԿԸ
ՍՏԱՆՈՒՄ Է ԵԿԱՄՈՒՏ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻՑ (ՎԱՍՏԱԿԱԾ):

(ԽՆԴՐՈՒՄ 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:

Խնդրում 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)

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Աշխատող անձը	Քրոջատուի անունը և հասցեն	Քրոջատուի հեռախոսա համարը	Ժամապճարը	Միջին շաբաթական ծանեղը	Ինչքա՞ն հաճախ է վճարվում (Մեկ անգամ, ամեն շաբաթ, ամեն ամիս, այլ)	Այս ամիս ստացած ընդամուրդ համախառն վաստակած եկամուտ	Ավանակում՝ Է շարունակ ուրբուն: (✓ Նշեք կյո կամ Ոչ)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Ե <input type="checkbox"/> Ն
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Ե <input type="checkbox"/> Ն
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Ե <input type="checkbox"/> Ն
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Ե <input type="checkbox"/> Ն

Եթե այս եկամուտը չի շարունակվելու, խնդրում ենք բացատրել.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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

Եթե ԱՅՈ , ո՞վ	Աշխատանքը կորցնելու, հեռանալու կամ փոխելու ամսաթիվը	Վերջին վճարման օրը
----------------------	---	--------------------

Ո՞րն է պատճառը

Որևէ մեկը գործադուլի մե՞ջ է: (Խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե Այո , ո՞վ	Գործադուլ սկսելու ամսաթիվը	Վերջին վճարման օրը
----------------------	----------------------------	--------------------

Ո՞րն է պատճառը

8a. Ինքնագրադ

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

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Ինքնագրադանձը	Բիզնեսը սկսելու ամսաթիվը	Բիզնեսի տեսակը և անունը	Համախառն ամսական եկամուտ	Ինքնագրադրության ծախսեր (խնդրում ենք ✓ կշռել 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 երեխայի/մեծահասակի 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)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Արդյո՞ք որևէ մեկը օգնում է ձեր ընտանիքին վճարել վերոհիշյալ երեխայի/ մեծահասակի խնամքի արժեքի մի մասը կամ ամբողջությամբ Այո ՈՉ
Եթե **այո**, լրացրեք ներքևի մասը՝

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

10. Երեխայի 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**, ինդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, անցեք հաջորդ հարցին:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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 մեկն, ում հետ դուք ուտելիք եք գնում և պատրաստում, պատասխանատու է որևէ ընտանեկան ծախսերի համար: Այո ՈՉ

Եթե **այո**, ինդրում 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: Ջեռուցումն ու օդորակումը, հեռախոսը և այլ կոմունալ ծառայությունները և անօթևանների կացարանը տրամադրում են նպաստներ և չպետք է ներառվեն ձեր փաստացի պարտքի գումարի մեջ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Ծախսերի տեսակները	Ծախսեր ունե՞ք: (խնդրում եմք 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		\$	
Տարացնելու 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			

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Արդյո՞ք որևէ մեկը, ով ձեր ընտանիքի անդամը չէ, 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 ունեիք եք գնում կամ պատրաստում ձեր (60 կամ ավել տարիքի) կամ հաշմանդամ անձ է, 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:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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

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

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ծերերի/հաշմանդամների համայնական ճաշելու հաստատություն | <ul style="list-style-type: none"> • Սննդի բաշխման ծրագիր, որն իրականացվում է Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիայի կողմից | <ul style="list-style-type: none"> • Սննդի այլ ծրագիր |
|---|---|--|

Եթե այո, ով	Որտե՞ղ
Եթե այո, ով	Որտե՞ղ

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:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Անօթևանների կացարան • Բռնության ենթարկված կանանց կացարան • Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիա • Թմրադեղերի/ալկոհոլի վերականգնողական կենտրոն • Ուղղիչ հիմնարկ/քրեակատարողական հիմնարկ (Բանտ կամ գաղութ) • Կուլրերի/հաշմանդամների համար | <ul style="list-style-type: none"> խմբակային ապրելու հարմարություններ • Դաշնության կողմից սուբսիդավորված տուն • Յոզեֆուսական հիվանդանոց/
հոգեբուժարան • Հիվանդանոց • Երկարաժամկետ ինսամքի կամ Կացարանի և ինսամքի հաստատություն |
|---|---|

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

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 ունեւիք 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 ունեւիք եք գնում և պատրաստում, ունի որևէ ռեսուրսներ (կանխիկ դրամ, դրամ բանկում, Ավանդի վկայական, բաժնետոմսեր և պարտատոմսեր և այլն) Այո Ոչ

Եթե **այո**, ինչպիսիք ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, անցեք հաջորդ հարցին:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Նշեք բոլոր վերաբերողները:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Բանկի/Վարկային միության հաշիվ (Կանխիկ հաշիվ) | <input type="checkbox"/> Կուտակային պարտատոմս(եր) | <input type="checkbox"/> Կանխիկ դրամ |
| <input type="checkbox"/> Բանկի/Վարկային միության հաշիվ (Կուտակային հաշիվ) | <input type="checkbox"/> Money Market-ի հաշիվ | <input type="checkbox"/> Բաժնետոմսեր |
| <input type="checkbox"/> Անվտանգության ավանդի արկղ | <input type="checkbox"/> Փոխադարձ հիմնադրամ | <input type="checkbox"/> Պարտատոմսեր |
| | <input type="checkbox"/> Ավանդի վկայական (Certificate of Deposit, CD) | <input type="checkbox"/> 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. Կրկնօրինակ նպաստներ

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. Նպաստների թրաֆիկինգ (փոխանակում կամ 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. Նպաստները թմրադեղերի հետ փոխանակելը

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. Նպաստները զինամթերքի կամ պայթուցիկի հետ փոխանակելը

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. Փախուստի դիմաժ 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/վաղաժամ ազատման 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