



ՎԵՐԱՎԿԱՅԱԳՐՈՒՄ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Եթե ունեք հաշմանդամություն կամ վերավկայագրման դիմումը լրացնելու համար օգնության կարիք ունեք, տեղեկացրեք վարչաշրջանի Բարեկեցության բաժինը վարչաշրջան, և որևիցե մեկը ձեզ կօգնի:

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

Ինչպե՞ս շարունակեմ CalFresh ստանալ

Դուք պետք է վերավկայագրման այս դիմումը հանձնեք և հարցազրույց անցնեք, նախքան ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտը, որպեսզի շարունակեք CalFresh ստանալ: Շատ վարչաշրջաններում դուք վերավկայագրման այս դիմումը կարող եք առցանց լրացնել: Որպեսզի տեսնեք՝ արդյոք կարող եք դա անել ձեր վարչաշրջանում, թե ոչ, այցելեք <http://www.benefitscal.org/>: **ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ.** Եթե ներկայումս չունեք առողջության ապահովագրություն և ցանկանում եք, որպեսզի վարչաշրջանը՝ օգտագործելով CalFresh դիմումի տեղեկությունները, ստուգի ձեր ռավունակությունը Medi-Cal-ի համար, նշեք վերավկայագրման դիմումի էջ 3 հարց 12-ի վանդակը:

Ինչպե՞ս լրացնեմ վերավկայագրման դիմումը

Պատասխանեք վերավկայագրման դիմումի բոլոր հարցերին, եթե կարող եք: Դուք պետք է տրամադրեք առնվազն ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը, որպեսզի սկսեք ձեր վերավկայագրման գործընթացը: Կարդացեք ձեր իրավունքների և պարտավորությունների մասին միջևէ այս դիմումը լրացնելը: Ստորագրված դիմումը հանձնեք վարչաշրջանին անձամբ, փոստով, ֆաքսի միջոցով կամ առցանց:

Ի՞նչ անեմ հետո

Վարչաշրջանն այս դիմումը քննարկելու համար ձեզ հարցազրույցի ժամադրության նամակ կուղարկի: Հարցազրույցների մեծ մասը հեռախոսով է արվում, բայց, հնարավոր է, դրանք իրականացնել նաև անձամբ վարչաշրջանի գրասենյակում կամ այլ վայրում, եթե համաձայնեցվի վարչաշրջանի հետ: Եթե հաշմանդամության պատճառով կազմակերպչական այլ կարիքներ ունեք, տեղեկացրեք վարչաշրջանին: Ձեր աշխատողը կարող է օգնել ձեզ լրացնել այս դիմումը հարցազրույցի ժամանակ, եթե դուք չեք լրացրել բոլոր բաժինները կամ փոփոխություններ անելու կարիք ունեք:

Ի՞նչ է տեղի ունենում վերավկայագրման հարցազրույցի ժամանակ

Հարցազրույցի ժամանակ վարչաշրջանը կվերանայի դիմումի մեջ տրամադրված ձեր տվյալները և հարցեր կտա, որպեսզի վերավկայագրի ձեզ CalFresh-ի համար և որոշի ձեր նպաստները: Որպեսզի խուսափեք վերավկայագրման հետաձգումից, հարցազրույցի ժամանակ ներկայացրեք ցանկացած փոփոխության ապացույց: Օրինակ՝ եկամտի փոփոխություն, միասին առևտուր կատարող/անվող անձանց քանակ, բնակության ծախսերի փոփոխություններ և այլն: Գնացեք հարցազրույցի, նույնիսկ եթե ապացույցներ չունեք: Հնարավոր է, որ վարչաշրջանն օգնի ձեզ վերավկայագրման համար անհրաժեշտ ապացույցներ գտնելու հարցում:

Ի՞նչ կլինի, եթե ես մոռանամ հանձնել վերավկայագրման այս դիմումը

CalFresh-ի համար վերավկայագրվելու համար դուք այս դիմումը պետք է հանձնեք, նախքան ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտը: Եթե ուշացնեք, ապա, հնարավոր է, նպաստներ ստանալիս ընդհատումներ լինեն: Եթե դուք այս դիմումը հանձնեք ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտից ավելի քան 30 օր անց, ստիպված կլինեք կրկին դիմել՝ օգտագործելով լրիվ դիմումը:

CalFresh ծրագրի կանոններ էջ 1 – Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների համար:

Ի՞նչ է տեղի ունենում իմ վերավկայագրման հաստատումից հետո

Եթե դուք ժամանակին դիմեք, և վերավկայագրվեք մինչև ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտը, դուք կշարունակեք սպասուներ ստանալ ձեր Էլեկտրոնային սպասուների փոխանցման (Electronic Benefit Transfer, EBT) քարտի վրա: Շարունակեք օգտագործել ձեր EBT քարտը և նույն անձնական նույնականացման համարը (Personal Identification Number, PIN) սնունդ գնելու համար: Եթե ձեր EBT քարտը կորել է, գողացվել կամ վնասվել է, անմիջապես զանգահարեք (877) 328-9677 հեռախոսահամարով կամ վարչաշրջան: Ձեր տարածքում EBT ընդունող խանութների ցուցակի համար խնդրում ենք այցելել <https://www.ebt.ca.gov> կամ <https://www.snapfresh.org> կայքերը:

Իրավունքներ և պարտավորություններ

Դուք իրավունք ունեք՝

- Վարչաշրջանին տրամադրել բոլոր անհրաժեշտ տեղեկությունները՝ ձեր իրավունակությունը որոշելու համար:
- Վարչաշրջանին տրամադրել ձեր կողմից տրամադրած տեղեկությունների ապացույցները, երբ դրանք անհրաժեշտ են:
- Համաձայն պահանջի՝ հայտնել փոփոխությունների մասին: Վարչաշրջանը ձեզ տեղեկություններ կտրամադրի այն մասին, թե ինչ, երբ և ինչպես գեկուցել: Եթե դուք չհամապատասխանեք ձեր կենցաղային զեկուցման պահանջներին, ձեր CalFresh սպասուները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել:
- Փնտրեք, գտեք և պահեք աշխատանք կամ մասնակցեք աշխատանքի հետ կապված 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 սպասուների մակարդակը ճիշտ են սահմանվել: Համագործակցության ձախողումը կարող է հանգեցնել ձեր սպասուների կորստին:
- Հետ վճարեք որևէ սպասու, որի համար դուք իրավունակ չեք:

Դուք իրավունք ունեք՝

- Ներկայացնել CalFresh-ի դիմում՝ միայն ձե անունով, հասցեով և ստորագրությամբ:
- Վարչաշրջանի կողմից անվճար տրամադրված բանավոր թարգմանչի:
- Վարչաշրջանին տրամադրված տեղեկությունները գաղտնի պահվելու, եթե դրանք ուղղակիորեն չեն վերաբերում Վարչաշրջանի ծրագրերի կառավարմանը:
- Յուրաքանչյուր պահի, նախքան Վարչաշրջանի կողմից իրավունակության պարզումը, հետ վերցնել ձեր դիմումը:
- Օգնություն խնդրել CalFresh-ի դիմումը լրացնելու համար և ստանալ կանոնների բացատրություն:
- Օգնություն խնդրել անհրաժեշտ ապացույցներ ձեռք բերելու համար:
- Ստանալ բաղաբավարի, ուշադիր և հարգալից վերաբերմունք և չենթարկվել խտրականության:
- Վարչաշրջանի կողմից հարցազրույց անցնել դիմելուց հետո ողջամիտ ժամանակահատվածում և պարզել տալ ձեր իրավունակությունը 30 օրվա ընթացքում:
- Անհրաժեշտ ապացույցը վարչաշրջանին տրամադրելուց հետո, 10 օր տալ՝ իրավունակությունը պարզելու համար:
- CalFresh-ի սպասուները կրճատելուց կամ դադարեցնելուց առնվազն 10 օր առաջ այդ մասին ծանուցում ստանալու Վարչաշրջանի կողմից:
- Քննարկելու 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 սպասուները կմնան նույնը մինչև լսումը կամ եր վկայագրման ժամանակահատվածի ավարտը, որը որ ավելի շուտ կպատահի:
- 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 եր ընկերոջը կամ որևէ մեկին:
- Վարչաշրջանից աջակցություն ստացեք քվեարկության համար գրանցվելու հարցում:

CalFresh ծրագրի կանոններ էջ 2 – խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների համար:

- Հայտնեք այն փոփոխությունների մասին, որոնք դուք պարտավոր չեք հայտնել, եթե դրանք կավելացնեն ձեր CalFresh նպաստները:
- Այապացույց ներկայացրեք ձեր ընտանիքի ծախսերի վերաբերյալ, որոնք կարող են օգնել ստանալու ավելի շատ CalFresh նպաստներ: Վարչաշրջանին ապացույցներ չներկայացնելը նույնն է, ինչ ասեք, որ դուք այդ ծախսերը չունեք, և դուք չեք կարողանա ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալ:
- 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 տրամադրում եք կեղծ կամ սխալ տվյալներ, կամ չեք տրամադրում բոլոր տվյալները հատուկ՝ փորձելով ստանալ CalFresh նպաստներ, որոնք ստանալու իրավասություն չունեք, կամ օգնելով որևիցե մեկին ստանալ նպաստներ, որոնք ստանալու իրավասություն նրանք չունեն: 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>	<p>Տուգանքներ Ես կարող եմ՝</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 ավելի քան 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>փորձեմ</u> վերադարձնել տարան՝ կանխավճարված գումարը ստանալու համար: • CalFresh նպաստներով ապրանք գնեմ և միտումնավոր վերավաճառեմ այն գումար կամ իրավասու սննդից բացի այլ ապրանք ստանալու համար. 	<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

CalFresh ծրագրի կանոններ էջ 3 – Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների համար:

<p>Ծրագրի խախտումներ CalFresh-ի համար. Ես հասկանում եմ, որ հնարավոր է՝ ծրագրի միտումնալից խախտում իրականացրած լինեմ, եթե անեմ հետևյալներից որևէ մեկը.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Փոխանակել CalFresh նպաստները կամ <u>փորձել փոխանակել CalFresh նպաստները հետևյալով՝ կանխիկ դրամ, զեմք, ոչ-իրավունակ ապրանքներ կամ վերահսկվող նյութեր, օրինակ՝ թմրադեղեր</u> 	<p>Տուգանքներ Ես կարող եմ՝</p> <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
<ul style="list-style-type: none"> • Դատապարտված եմ եղել \$500 կամ ավելի գումարի CalFresh նպաստների փոխանակման, վաճառքի կամ փոխանակման փորձի համար կամ CalFresh նպաստները զեմքով, զինամթերքով կամ պայթուցիկ նյութերով փոխանակման կամ փոխանակման փորձի համար: 	<ul style="list-style-type: none"> • Մշտապես կորցնել CalFresh նպաստները

Կարևոր տեղեկություն ոչ-քաղաքացիների համար. դուք կարող եք դիմել և ստանալ CalFresh նպաստներ այն մարդկանց համար, ովքեր իրավասու են, նույնիսկ եթե ձեր ընտանիքում կան մարդիկ, ովքեր իրավասու չեն: Սննդային նպաստներ ստանալը չի ազդի ձեր կամ ձեր ընտանիքի ներգաղթային կարգավիճակի վրա: Ներգաղթային տվյալներն անձնական են և գաղտնի: Նպաստների համար դիմող և իրավասու ոչ-քաղաքացիների ներգաղթային կարգավիճակը կստուգվի Միացյալ Նահանգների Քաղաքացիության և ներգաղթային ծառայությունների հետ (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS): Դաշնային օրենքի համաձայն՝ USCIS-ը չի կարող օգտագործել տեղեկությունները խարդախությունից բացի որևէ այլ դեպքի ահմար:

Ջրածարում. դուք պարտավոր չեք ներկայացնել ներգաղթային տվյալներ, սոցիալական ապահովագրության համար կամ այլ փաստաթղթեր ձեր ընտանիքի որևէ ոչ-քաղաքացի անդամի համար, որը չի դիմում CalFresh նպաստների համար: Այնուամենայնիվ, վարչաշրջանը կարիք ունի իմանալու նրանց եկամտի և միջոցների մասին, որպեսզի ճիշտ որոշի ձեր կենցաղի CalFresh նպաստները: 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. Մտքի 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 տեղեկությունների 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:

CalFresh ծրագրի կանոններ էջ 4 – Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների 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 պահանջ, այս դիմումի մեջ տեղ գտած տեղեկությունները, ներառյալ՝ SSN-ները, կարող են ուղարկվել դաշնային և նահանգային գործակալություններին, ինչպես նաև պահանջների հավաքագրման մասնավոր գործակալություններին՝ պահանջների 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), Դոցիալական ապահովության վարչության, Ազգային անվտանգության վարչության և/կամ սպառողների հաշվետվության գործակալության նահանգային և դաշնային տվյալների բազայում գոյություն ունեցող տեղեկությունները: Եթե տվյալները չհամապատասխանեն, Վարչաշրջանը կարող է խնդել, որ դուք ապացույց ներկայացնեք:

Սոցիալական ապահովության համարների (SSN) կիրառումը. ամեն ոք, ով դիմում է CalFresh նպաստների համար, պետք է ներկայացնի իր SSN, եթե դուք ունեք այն, կամ ապացույց, որ դիմել եք SSN ստանալու համար (օրինակ՝ նամակ Սոցիալական ապահովագրության 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:

Գերավճար. սա նշանակում է, որ դուք ավելի շատ CalFresh նպաստներ եք ստացել, քան պետք է ստանալիք: 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:

Հայտնելը. ձեր ընտանիքը պետք է շարունակի հայտնել այն փոփոխությունների մասին, որոնք Վարչաշրջանի պահանջով պետք է հայտնեք: Եթե դուք չզեկուցեք դրանց մասին, ձեր նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել: Դուք կարող եք զեկուցել նաև այն դեպքերում, որոնք կարող են բարձրացնել ձեր նպաստները, ինչպես օրինակ՝ ավելի քիչ եկամուտ ստանալը:

Նահանգային լուսմներ. դուք նահանգային լուսմների իրավունք ունեք, եթե համաձայն չեք ձեր ընթացիկ նպաստների համար վերավկայագրման վերաբերյալ իրականացված որևէ գործողության հետ: Դուք կարող եք նահանգային լուսմներ խնդրել վարչաշրջանի գործողությունից 90 օրվա ընթացքում և պետք է հայտնեք լուսմներ ցանկանալու պատճառը: Վարչաշրջանի կողմից ստացված համաձայնության կամ մերժման ծանուցագիրը տեղեկություն կպարունակի այն մասին, թե ինչպես դիմել նահանգային լուսմների համար:

Խտրականության բացառման հայտարարություն. Համաձայն Քաղաքացիական 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:

CalFresh ծրագրի կանոններ էջ 5 – Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների համար:

Ծրագրի վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար այլընտրանքային միջոցների կարիք ունեցող անձիք (օրինակ՝ բրայլի լեզու, խոշոր տպագրություն, Ամերիկյան ժեշտերի 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 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 Քաղաքացիական 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)՝ ստորը ներկայացված հասցեով: Բողոքի ձևաթղթի օրինակը ստանալու համար զանգահարեք (866) 632-9992 համարով: Ուղարկեք ձեր լրացված ձևաթուղթը կամ նամակը USDA-ի հետևյալ կերպ՝

- | | | |
|------------------|--|---|
| (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 (Toll Free) |
| (2) ֆաքսով՝ | (202) 690-7442; կամ | |
| (3) Էլ. նամակով՝ | program.intake@usda.gov | |

Այս հաստատությունը տրամադրում է հավասար հնարավորություններ:

Գործի վերանայում. ձեր գործը կարող է ընտրվել լրացուցիչ վերանայման համար՝ վստահ լինելու համար, որ ձեր իրավասությունը ճիշտ էր հաշվարկված: Դուք պետք է լիովին համագործակցեք վարչաշրջանի, նահանգի կամ դաշնային անձնակազմի հետ ցանկացած քննության կամ վերանայման հարցում, ներառյալ՝ որակի վերահսկման համար: Վերանայման գործընթացում համագործակցության ձախողումը կարող է հանգեցնել նպաստների կորստի:

Աշխատանքի կանոններ CalFresh-ի համար. վարչաշրջանը կարող է գրանցել ձեզ պարտադիր աշխատանքային ծրագրի: Եթե դուք չմասնակցեք ծրագրին, երբ վարչաշրջանը պահանջի դա, ձեր նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել: Յնարավոր է, որ դուք իրավունակ չլինեք CalFresh-ի համար, եթե վերջերս հեռացել եք աշխատանքից առանց հարգելի պատճառի:

EBT-ի օգտագործում. 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:

CalFresh ծրագրի կանոններ Էջ 6 – Խնդրում ենք վերցնել և պահել ձեր գրառումների համար:

ՆՇՈՒՄՆԵՐ



ՎԵՐԱՎԿԱՅԱԳՐՄԱՆ ԴԻՄՈՒՄ - ՄԻԱՅՆ CALFRESH ԿԵՆՑԱՂՆԵՐ

Ձեր նպաստները ժամանակին, առանց դադարի, ստանալու համար խնդրում ենք լրացնել, ստորագրել, նշել ամսաթիվը և այս դիմումը վարչաշրջանին վերադարձնել՝ տրամադրելով ձեր հանգամանքների ապացույցները, **ՆԱԽՔԱՆ** ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտը: Մեզ տեղեկությունները հարկավոր են նախքան հարցազրույցը կամ դրա ժամանակ՝ վերավկայագրումը ավարտելու համար: Մեզ պետք է **առնվազն** ձեր անունը, ստորագրությունը, հասցեն և ամսաթիվը նշած դիմումը, որպեսզի սկսենք CalFresh-ի վերավկայագրումը:
Գործի անվանումը՝ _____ Գործի համարը՝ _____

ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՅԵ	ՔԱՂԱՔ	ՆԱԳԱՆԳ	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, տեքստային հաղորդագրությամբ կամ թողնելով ձայնային հաղորդագրություն ձեր դիմումի վերաբերյալ:

ՏՆԱ ԳԵՌԱՆՈՍ	ԲԶԶԱՅԻՆ ԳԵՌԱՆՈՍ	ԼՇԵՔ ՎԱՆՂԱԿԸ՝ ՏԵՔՍՏԱՅԻՆ ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ <input type="checkbox"/>
ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ/ԱՅԼՆՈՍՏՐԱՆՔԱՅԻՆ/ՏԵՔՍՏԱՅԻՆ ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԳԵՌԱՆՈՍ	ԷԼ.ՓՈՍՏԻ ՀԱՍՅԵ	

1. Արդյո՞ք վերջին վեց ամսում որևէ մեկը հեռացել է ձեր տնից (ներառյալ նորածինները): (խնդրում ենք նշել մեկը)
 Այո Ոչ (Եթե այո, լրացրեք հատվածը ստորև)

Հեռանալու ամսաթիվը (աա/օօ/տտ)	Անուն (Առաջին, Միջին, Ազգանուն)	Ծննդյան ամսաթիվը	Ազգակցական կապ Արդյո՞ք դուք	միասին կանոնավոր ուտելիք եք գնում և պատրաստում:
<input type="checkbox"/> Ներս <input type="checkbox"/> Դուրս / /		/ /		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
<input type="checkbox"/> Ներս <input type="checkbox"/> Դուրս / /		/ /		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
<input type="checkbox"/> Ներս <input type="checkbox"/> Դուրս / /		/ /		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

2. 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 ներկայացնենք 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 ՆԵՐՎԱՅԱՑՈՒՅՉԻ ԱՆՈՒՆ	ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐՎԱՅԱՑՈՒՅՉԻ ԳԵՌԱՆՈՍԱՅԱՄԱՐԸ
-------------------------------	--

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	ԳԵՌԱՆՈՍԱՅԱՄԱՐ		
ՀԱՍՅԵ	ՔԱՂԱՔ	ՆԱԳԱՆԳ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈՐ

3. Վերջին վեց ամսում ձեր հասցեն փոփոխվե՞լ է: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ Եթե այո, լրացրեք հետևյալ հատվածը Նոր հասցեն՝ _____ Փոփոխության ամսաթիվը՝ _____ Փոստային հասցե (եթե տարբերվում է վերոհիշյալից) _____

4. Եթե վերջին վեց ամսվա ընթացքում դուք տեղափոխվել եք կամ ունեք տան նոր/փոփոխված արժեք, խնդրում ենք լրացնել հատվածը ստորև.

Որքա՞ն է այժմ ձեր ամսական վարձակալության գումարը \$ _____ Եթե առանձին եք վճարում, որքա՞ն է ամսական գույքահարկն ու տան ապահովագրությունը \$ _____

4a. Ունե՞ք կոմունալ ծառայությունների վճարումներ, որոնք ներառած չեն ձեր բնակության ծախսերի մեջ: Եթե այո, նշեք, թե որոնք

Հեռախոս Աղբ Ջուր Էլեկտրականություն/Գազ Այլ ջեռուցման և օդորակման արժեք

Գործի անվանումը՝ _____ Գործի համարը՝ _____

5. Դուք անօթևան եք: Այո Ոչ Եթե այո, դուք վճարում եք կացարանի համար: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

6. 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 ստորև ներկայացնել սովորելը: Եթե ոչ, անցե՛ք հաջորդ հարցին:

Անձի անունը	Դպրոցի/պատրաստության անվանումը	Ընդունված կարգավիճակ (✓ նշե՛ք մեկը)	Այս անձն աշխատում է:
		<input type="checkbox"/> Կես դրույքով կամ ավելի <input type="checkbox"/> Կես դրույքից պակաս <input type="checkbox"/> Միավորների քանակը՝ _____	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ, Միջին շաբաթական աշխատաժամերը՝ _____
		<input type="checkbox"/> Կես դրույքով կամ ավելի <input type="checkbox"/> Կես դրույքից պակաս <input type="checkbox"/> Միավորների քանակը՝ _____	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ, Միջին շաբաթական աշխատաժամերը՝ _____

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

Եթե այո, լրացրե՛ք ներքևի հատվածը և հիմնավորող փաստեր կցե՛ք: Թվարկե՛ք աշխատող յուրաքանչյուր անձի յուրաքանչյուր աշխատանքը: Եթե ձեզ ավելի շատ տարածություն է անհրաժեշտ, առանձին թուղթ կցե՛ք և նշե՛ք, թե որ հարցի մասին եք գրում: Օրինակները ներառում են դայակություն, աշխատավարձ, ինքնազբաղվածություն, հիվանդության վճար, թեյավճար և այլն:

	Աշխատանք #1	Աշխատանք #2	Աշխատանք #3
Եկամուտ ստացող անձի անունը՝			
Գործատուի անունը՝	Ինքնազբաղ, նշե՛ք <input type="checkbox"/>	Ինքնազբաղ, նշե՛ք <input type="checkbox"/>	Ինքնազբաղ, նշե՛ք <input type="checkbox"/>
Ինչքան հաճախ է վճարվում՝	<input type="checkbox"/> Ամեն շաբաթ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Այլ <input type="checkbox"/> ամսական <input type="checkbox"/> Ամիսը երկու անգամ	<input type="checkbox"/> Ամեն շաբաթ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Այլ <input type="checkbox"/> ամսական <input type="checkbox"/> Ամիսը երկու անգամ	<input type="checkbox"/> Ամեն շաբաթ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Այլ <input type="checkbox"/> ամսական <input type="checkbox"/> Ամիսը երկու անգամ
Եկամուտի ամսական համախառն գումարը՝	\$	\$	\$
Ամսական աշխատած ժամաքանակը՝			
Այս եկամուտը շարունակական է լինելու:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

7a. Փալիք վեց ամսում սպասվում են որևէ փոփոխություններ որևէ մեկի աշխատանքի կամ եկամուտի մեջ: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Օրինակներ. Եկամուտի դադարեցում, սկիզբ, ավելացում կամ նվազում, ժամերի նվազում, աշխատանքից հեռացում, գործադուլի մասնակցություն, որևէ մեկի վճարման հաճախականության փոփոխություն:

Եթե այո, բացատրե՛ք այստեղ և կցե՛ք որևէ ապացույց. _____

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

Եթե այո, լրացրե՛ք ներքևի հատվածը և հիմնավորող փաստեր կցե՛ք: Օրինակները ներառում են՝ սոցիալական ապահովագրություն, գործազրկության փոխհատուցում, վետերանի նպաստ, Նահանգային հաշմանդամության ապահովագրություն (State Disability Insurance, SDI), երեխայի/ամուսնու աջակցություն, աշխատողի փոխհատուցում, վարկ/նվերներ, վաստակած/չվաստակած բնակարան, կոմունալներ, սնունդ և այլն:

Անուն	Եկամտի աղբյուրը	Մեկանգամյա կամ շարունակական վճարում	Որքա՞ն/ Որքա՞ն հաճախ

8a. Փալիք վեց ամսում սպասվում են որևէ փոփոխություններ այս եկամտի մեջ: (խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ
 Եթե այո, բացատրե՛ք այստեղ. _____

Գործի անվանումը՝ _____ Գործի համարը՝ _____

9. Բժշկական ծախսեր. արդյո՞րևե մեկը, ով ստանում է CalFresh և 60 տարեկան է և բարձր կամ հաշմանդամ է, վճարում է բժշկական ծախսերի համար կամ այդ ծախսերն ավելացել են: (Խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

(Եթե այո, լրացրեք հատվածը ստորև և կցեք ապացույց, եթե սա նոր ծախս է կամ փոփոխությունը \$25-ից ավել է:)

Ու՞մ համար է այս ծախսը: _____ Ծախսի տեսակը _____

Որքա՞ն է վճարվում: _____ Որքա՞ն հաճախ: _____

10. Երեխայի խնամք. Արդյո՞ք CalFresh ստացող որևէ մեկը վճարում է երեխայի խնամքի համար: (Խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

(Եթե այո, լրացրեք հատվածը ստորև և կցեք ապացույց, եթե սա երեխայի խնամքի նոր պարտավորություն է կամ փոփոխությունը է երեխայի խնամքի համար վճարման պարտավորության մեջ կամ վճարվող երեխայի խնամքի գումարի ավելացում է:)

Երեխայի անուն(ներ)ը _____

Ո/րև է ներկայիս գումարը, որ նրանք վճարում են: \$ _____ Ո՞վ է վճարել խնամքի համար: _____

11. Կախյալի կամ երեխայի խնամք. Արդյո՞ք որևէ մեկը վճարում է երեխայի, հաշմանդամ մեծահասակի կամ այս կախյալի խնամքի համար, որպեսզի դուք կամ այլ անձը կարողանաք գնալ աշխատանքի, դպրոց կամ գործ փնտրել: (Խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

(Եթե այո, խնդրում ենք նշել միայն այն գումարը, որ դուք կամ ձեր ընտանիքից որևէ մեկը վճարում է իր գրպանից: Ապացույց կցեք, եթե փոխվել է մատակարարը կամ գրպանից վճարվող գումարը:)

Գումար՝ \$ _____ Ով վճարեց՝ _____ Թվեք կախյալներին/երեխային՝ _____

12. Դուք ցանկանու՞մ եք դիմել Medi-Cal-ի համար: (Խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե պատասխանում եք “այո”, վարչաշրջանը կօգտագործի ձեր տվյալները, որպեսզի պարզի արդյոք դուք կարող եք Medi-Cal ստանալ:

13. 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: _____

14. Նպաստների թրաֆիկինգ (փոխանակում կամ վաճառք)

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

Եթե այո, ո՞վ: _____

15. 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: _____

16. Նպաստները զինամթերքի կամ պայթուցիկի հետ փոխանակելը

Դուք կամ ձեր կենցաղից որևէ մեկը մեղադրվել է 1996թ.-ի սեպտեմբերի 22-ից հետո SNAP նպաստներ զենքով, զինամթերքով կամ պայթուցիկ նյութերով փոխանակման մեջ: (Խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե այո, ո՞վ: _____

17. Փախուստի դիմած հանցագործ

Արդյո՞ք դուք կամ ձեր ընտանիքի որևէ անդամ թաքնվում կամ փախչում եք օրենքից՝ խուսափելով քրեական հետապնդումից ձերբակալությունից կամ բանտարկումից՝ քրեական հանցագործության կամ քրեական հանցագործության փորձի համար: (Խնդրում ենք նշել մեկը) Այո Ոչ

Եթե այո, ո՞վ: _____

18. Փորձաշրջանի/վաղաժամ ազատազրկման 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: _____

Գործի անվանումը՝ _____ Գործի համարը՝ _____

ՎԿԱՅԱԳԻՐ

Խնդրում ենք ուշադիր կարդալ, ստորագրել և ամսագրել: Ստորագրելով այս ձևաթուղթը՝

Ես հասկանում եմ, որ ստորագրելով վերավկայագրման այս դիմումը սուտ վկայության պատժի ներքո (սուտ ցուցմունքներ տալով), որ՝

- Ես կարդացել կամ ինձ համար կարդացել են այս վերավկայագրման դիմումի մեջ տեղ գտած տեղեկությունները և այս վերավկայագրման դիմումի մեջ հարցերին տված իմ պատասխանները:
- Հարցերին իմ պատասխանները ճշմարիտ են և ամբողջական՝ որքանով որ ես տեղյակ եմ:
- Որևէ պատասխան, որ ես կտամ իմ վերավկայագրման գործընթացում, ճշմարիտ և ամբողջական կլինեն՝ որքանով որ ես տեղյակ եմ:
- Ես կարդացել եմ կամ ինձ համար կարդացել են Իրավունքներն ու տատասխանատվությունները (Ծրագրի կանոններ, էջ 2) CalFresh ծրագրի համար և CalFresh ծրագրի Կանոններն ու տուգանքները (Ծրագրի կանոններ, էջ 3-ից մինչև 4):
- Ես հասկանում եմ, որ CalFresh իրավունակությունը հաստելու 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 հայտնվել համապատասխան կառավարական գործակալություններին՝ դաշնային օրենքին համապատասխան:

ՆՊԱՍՏՆԵՐ ՍՏԱՆԱԼ ՇԱՐՈՒՆԱԿԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ ԴՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐԵՔ ԵՎ ԱՄՍԱԳՐԵՔ ԱՅՍ ԴԻՄՈՒՄԸ ԵՎ ՊԵՏՔ Է ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑ ԱՆՑՆԵՔ ՁԵՐ ՎԿԱՅԱԳՐՄԱՆ ԺԱՄԿԵՏԻ ՎԵՐՁԻՆ ՕՐՎԱՆԻՑ ԱՈԱԶ:

ՈՎ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐԻ ՍՏՈՐԵՎ. Ընտանիքի չափահաս անդամ/Լիազոր ներկայացուցիչ/հնամակալ

Դիմորդի ստորագրություն կամ նշան

Ամսաթիվ

Կոնտակտային էլ. հասցե/հեռախոս