

**CALFRESH ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՄԻԱՅՆ ՏԱՐԵՑ  
ԵՎ/ԿԱՍ ՀԱՇՎԱՆԴԱՄ ԱՆՁԱՆՑԻՑ  
ԲԱՂԿԱՑԱԾ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ  
ՎԿԱՅԱԿԱՆԻ ԺԱՄԿԵՏԱՆՑՈՒԹՅԱՆ  
ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

**ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ**

Ծանուցման ամսաթիվ : \_\_\_\_\_  
Գործի անվանում : \_\_\_\_\_  
Գործի համար : \_\_\_\_\_  
Աշխատակցի անուն : \_\_\_\_\_  
Աշխատակցի համար : \_\_\_\_\_  
Հեռախոսահամար : \_\_\_\_\_  
Հասցե : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Addressee)

[ ]  
[ ]

Հարցեր ունե՞ք: Հրացրեք Ձեր աշխատակցին:

**Նահանգային լսում. Եթե կարծում եք, որ գործողությունը սխալ է, կարող եք լսում խնդրել: Երրորդ և չորրորդ էջերում ներկայացվում է, թե ինչպես դա անել: Ձեր նպաստները թերևս չփոխվեն, եթե լսում խնդրեք նախքան գործողությունը կմտնի ուժի մեջ:**

1. Ձեր CalFresh որակավորման ժամկետն ավարտվում է \_\_\_\_\_ - ին: (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
2. Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել դիմումը և վերադարձնել վարչաշրջան մինչև՝ \_\_\_\_\_ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)

Ուշացած դիմումները նպաստների ուշացման պատճառ կարող են լինել: Եթե չլրացնեք դիմումը, Ձեր գործը կարող է դադարեցվել: Եթե Ձեր գործը դադարեցվի, Դուք վկայագրման ժամկետի ավարտից հետո դեռ ունեք մինչև 30 օր պահանջվող քայլերն ավարտելու համար: Ուշացման պատճառից կախված, Դուք կարող եք ստանալ միայն մասնակի նպաստներ Ձեր նոր վկայագրման ժամկետի առաջին ամսվա ընթացքում:

3. Հնարավոր է, որ հարցազրույցի կարիք չլինի: Հիմնված Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկությունների վրա, վարչաշրջանը թերևս որոշի հարցազրույց անցկացնել Ձեզ հետ: Հարցազրույցները կատարվում են հեռախոսով, եթե Դուք անձի ներկայությամբ հարցազրույց չպահանջեք: Եթե հաշմանդամության պատճառով Ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք անմիջապես հայտնել վարչաշրջանին:
4. Դուք կարող եք զանգահարել վարչաշրջան՝ հարցազրույց խնդրելու համար, եթե այն ցանկանում եք: Եթե վարչաշրջանը ցանկանում է հարցազրույց անցկացնել Ձեզ հետ, Դուք առանձին սամակ կստանաք՝ հարցազրույցի ժամադրության օրով և ժամով:
5. Եթե Դուք բաց եք թողնում նշանակված հարցազրույցը, դրա վերանշանակման համար պատասխանատու եք:
6. Եթե Դուք հայտնում եք եկամտի և ծախսերի փոփոխության մասին, Ձեր դիմումին խնդրում ենք ապացույց կցել: Որևէ փոփոխության ապացույցը պետք է ներկայացվի Ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտից ոչ ուշ: Խնդրում ենք տեղեկացնել վարչաշրջանին, եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր այդ տեղեկությունների ձեռքբերման գործում: Վարչաշրջանը կարող է օգնել Ձեզ այն ձեռք բերելու հարցում:

**ՎԱՐԵՎՈՐ ԿԱՆՈՆԵՐ**

- Վարչաշրջանը Ձեզ կտեղեկացնի, թե երբ է Ձեզ անհրաժեշտ ներկայացնել մյուս հաշվետվությունը:
- Եթե հետևյալներից որևէ մեկը տեղի ունենա, Դուք թերևս պետք է սպասեք մինչև 30 օր՝ Ձեր նպաստների շարունակության մասին որոշում ստանալու համար:

- Դուք չեք տրամադրել վերաորակավորման դիմումի մեջ ներկայացված փոփոխությունները հավաստող որևէ փաստաթուղթ՝ մինչև Ձեր որակավորման ժամկետի ավարտը:
- Ձեզ ասել են, որ պահանջվում է հարցազրույց, և Դուք հարցազրույց չեք անցել:
- Դուք իրավունք ունեք դիմում ստանալ վարչաշրջանից: Վարչաշրջանը պետք է ընդունի Ձեր դիմումը, եթե այն ստորագրված է և պարունակում է առնվազն Ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը:
- Դուք և Ձեր լիազորված ներկայացուցիչն իրավունք ունեք CalFresh դիմում ներկայացնելու՝ դիմումի ձևը շրջան ներկայացնելով անձամբ, փոստով, հեռապատճենով, կամ Ձեր շրջանում առկա փոխանցման այլ միջոցներով (Էլ-փոստով, կամ առցանց դիմումով՝ <http://www.benefitscal.org> հասցեով): Հատուցման տրամադրման ժամանակահատվածի տևողությունը հաշվարկվում է դիմումը շրջան ներկայացնելու օրվանից:
- Եթե Ձեր ընտանիքը բաղկացած է միայն Լրացուցիչ անվտանգության եկամտի (Supplemental Security Income, SSI) ծրագրի անդամներից, Դուք կամ Ձեր լիազոր ներկայացուցիչն իրավունք ունեք դիմելու CalFresh-ի համար Սոցիալական ապահովության վարչության ցանկացած գրասենյակում:

---

**ԿԱՆՈՆՆԵՐ:** Գործում են հետևյալ կանոնները՝ CalFresh MPP բաժիններ՝ 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61: Դուք կարող եք ուսումնասիրել դրանք առցանց՝ [cdss.ca.gov](http://cdss.ca.gov) հասցեով, կամ Ձեր վարչական շրջանի գրասենյակում:

## ՁԵՐ ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Դուք իրավունք ունեք դիմել լսումներ անցկացնելու համար, եթե վարչաշրջանի որևէ գործողության հետ համաձայն չեք: Դուք միայն 90 օր ունեք լսում պահանջելու համար: 90 օրը սկսվում է այս ծանուցումը վարչաշրջանի կողմից Ձեզ տրվելու կամ փոստով ուղարկելու հաջորդ օրվանից: Եթե ունեք հարգելի պատճառ, թե ինչու 90 օրվա ընթացքում Դուք չեք կարողացել դիմել լսումների համար, Դուք դեռ կարող եք դիմել: Հարգելի պատճառ ներկայացնելու դեպքում, լսումները դեռ հնարավոր կլինի ցուցակարգել:

Եթե Դուք դիմեք լսումների համար **Նախքան Cash Aid (դրամական օգնություն), Medi-Cal, CalFresh կամ Child Care (երեխայի նպաստ) վերաբերյալ գործողություններ իրականացվելը՝**

- Ձեր Cash Aid կամ Medi-Cal նպաստները կմասնակցեն, քանի դեռ դուք սպասում եք լսումների:
- Ձեր Child Care ծառայությունները կարող են մնալ անփոփոխ, քանի դեռ դուք սպասում եք լսումների:
- Ձեր CalFresh նպաստները կմասնակցեն մինչև լսումների կամ սերտիֆիկացման ժամկետի ավարտը, որը որ ավելի շուտ տեղի ունենա:

Եթե դատարանը որոշեց, որ մենք ճիշտ ենք, Դուք մեզ պարտք կմնաք **Cash Aid, CalFresh կամ Child Care ծառայությունների համար Ձեզ վճարված ցանկացած ավելորդ գումար:** Մինչև լսումները Ձեր նպաստները նվազեցնելու կամ դադարեցնելու համար նշեք ստորև՝

Այո, նվազեցնել կամ դադարեցնել՝

- Cash Aid       CalFresh       Child Care

**Մինչ դուք սպասում եք դատարանի որոշմանը՝**

### **Welfare to Work.**

Դուք պարտավոր չեք մասնակցել գործունեություններին:

Մինչև այս ծանուցումը հնարավոր է Դուք ստանաք երեխայի նպաստի վճարումները աշխատանքի համար և վարչաշրջանի կողմից հաստատված գործունեությունների համար:

Եթե մենք ասում ենք Ձեզ, որ այլ օժանդակ ծառայությունները դադարեցվում են, Դուք այլևս չեք ստանա վճարներ, նույնիսկ եթե Դուք զբաղվեք Ձեր համայնքի աշխատանքներով:

Եթե մենք ասենք Ձեզ, որ մենք կվճարենք Ձեր այլ աջակցման ծառայությունների համար, ապա դրանք պետք է վճարվեն այն գումարի չափով և եղանակով, որը նշված է այս ծանուցման մեջ:

- Այդ օժանդակ ծառայությունները ստանալու համար, Դուք պետք է այցելեք այն միջոցառմանը, որը նշանակվել է Ձեզ վարչաշրջանի կողմից:

- Եթե օժանդակ ծառայությունների գումարը, որը վճարվում է վարչաշրջանի կողմից, քանի դեռ դուք սպասում լսումների, թույլ չի տալիս որպեսզի դուք մասնակցեք, ապա կարող եք դադարել ձեր մասնակցությունը միջոցառումներին:

### **Cal-Learn.**

- Դուք չեք կարող մասնակցել Cal-Learn ծրագրին, եթե մենք ասում ենք Ձեզ, որ չենք կարող Ձեզ սպասարկել:
- Մենք կվճարենք միայն այն Cal-Learn օժանդակ ծառայությունների համար, որոնք տրամադրվում են հաստատված միջոցառումների դիմաց:

### **ԱՅԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

#### **Medi-Cal-ի Կառավարվող խնամքի պլանի անդամները.**

Այս ծանուցման մեջ նշված գործողությունը կարող է խանգարել Ձեզ Ձեր կառավարվող բժշկական խնամքի պլանի ծառայություններից օգտվելու: Եթե ունեք հարցեր, կարող եք դիմել Ձեր առողջապահական պլանի անդամակցության հարցերով զբաղվող սպասարկման կենտրոն:

#### **Երեխայի նպաստ և/կամ բժշկական օգնություն.**

Աջակցման տեղական գործակալությունն անհատույց կօգնի հավաքել ապրուստադրամ, նույնիսկ եթե Դուք դրամական օգնություն չեք ստանում: Եթե նրանք հիմա Ձեզ համար ապրուստադրամ են հավաքում, ապա կշարունակեն հավաքել այնքան ժամանակ, մինչև Դուք գրավոր եղանակով դիմեք՝ այն դադարեցնելու համար: Նրանք կուղարկեն Ձեզ ապրուստադրամի արդեն իսկ հավաքված ընթացիկ գումարը, սակայն կպահեն ուշացված գումարը, որը հավաքվել է, սակայն պատկանում է վարչաշրջանին:

**Ընտանիքի պլանավորում.** Ձեր բարեկեցության գրասենյակը կտրամադրի տեղեկատվությունն ըստ Ձեր պահանջի:

**Լսումների հայտադիմում.** Եթե Դուք լսումների համար դիմեք, Նահանգային լսումների ստորաբաժինը կլրացնի նիշք Ձեզ համար: Դուք իրավունք ունեք մինչև լսումները սկսելն այս նիշքին ծանոթանալու, և դատական նիստից առնվազն երկու օր առաջ ստանալու վարչաշրջանի դիրքորոշման գրավոր պատճենը Ձեր գործի նկատմամբ: Նահանգը կարող է տրամադրել Ձեր լսումների նիշքը Բարեկեցության վարչությանը և ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների և Գյուղատնտեսության վարչություններին: **(Բարեկեցության և հաստատությունների մասին օրենքի Բաժիններ 10850 և 10950:)**

# ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ԴԻՄԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

- Լրացրեք այս էջը:
- Պատճենեք այս էջի առջևի և ետևի մասը Ձեր գրանցումների համար: Դիմելու դեպքում, Ձեր սոցիալական աշխատողը կտրամադրի այս էջի պատճենը:
- Ուղարկեք կամ տարեք այս էջը.

## ԿԱՍ

- **Չանգահարեք անվճար հեռախոսահամարով՝ 1-800-952-5253**, կամ լսողության կամ խոսելախանգարում ունեցող անձիք կարող եմ զանգահարել 1-800-952-8349:

**Օգնության համար. Դուք կարող եք հարցնել Ձեր լսումների իրավունքների մասին կամ իրավաբանական օգնության ուղեգիր ստանալու համար նահանգի վերոնշյալ անվճար հեռախոսահամարներով:** Անվճար իրավաբանական օգնություն կարող եք ստանալ Ձեր տեղական իրավաբանական օգնության կամ սոցապահովման իրավունքների գրասենյակում:

**Եթե Դուք չեք ցանկանում գնալ լսմանը մենակ, Ձեզ կարող է ուղեկցել Ձեր ընկերը կամ որևէ այլ անձ:**

## ԼՍՄԱՆ ՀԱՅՑ

Ես ուզում եմ լսում \_\_\_\_\_ վարչաշրջանի Բարեկեցության վարչության գործողությունների պատճառով իմ հետևյալ կետի (կետերի) վերաբերյալ՝

- Cash Aid     CalFresh     Medi-Cal     Այլ (թվարկել) \_\_\_\_\_

**Պատճառը.** \_\_\_\_\_

- Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ տարածք, այստեղ նշեք և էջ ավելացրեք:**
- Ես ցանկանում եմ, որպեսզի նահանգն ինձ անհատույց թարգմանիչ տրամադրի: (Ազգականը կամ ընկերը չի կարող լսումներին Ձեզ համար թարգմանել:)  
Իմ լեզուն կամ բարբառն է \_\_\_\_\_

Այն անձի անունը, որի նպաստները մերժվել, փոփոխվել կամ դադարեցվել են		Ծննդյան ամսաթիվ	Հեռախոսահամար
Փողոցի հասցե	Քաղաք	Նահանգ	Փոստային դասիչ
Ստորագրություն			Ամսաթիվ
Հայտադրված լրացնող անձի անունը			Հեռախոսահամար

- Ես ցանկանում եմ, որ ստորև նշված անձը ներկայացնի ինձ լսմանը: Ես թույլատրում եմ այս անձին ծանոթանալ իմ փաստաթղթերին կամ իմ փոխարեն ներկայանալ լսմանը: (Այս անձը կարող է ընկեր կամ ազգական լինել, սակայն չի կարող ձեզ համար թարգմանել:**

Անուն		Հեռախոսահամար	
Փողոցի հասցե	Քաղաք	Նահանգ	Փոստային դասիչ