

**ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ
ՀԱՎԱՍՏԱԳՐՄԱՆ ԺԱՄԿԵՏԸ ԼՐԱՆԱԼՈՒ
ՄԱՍԻՆ ՏՆԱՅԻՆ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ՄԵԿ ՏԱՐԵՑ ԵՎ/ՎԱՍ ՀԱՇՎԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ
ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆԴԱՄՆԵՐՈՎ**

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

Ծանուցման ամսաթիվ: _____
Գործի անունը: _____
Գործի համարը: _____
Աշխատողի անունը: _____
Աշխատողի համարը: _____
Հեռախոսահամար: _____
Հասցեն: _____

(Addressee)

Օգնության կարիք կամ հարցեր ո՞ւմ եք: Հարցրեք ձեր սոցաշխատողին:

Նահանգային լսում. Եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալմունք է, կարող եք դիմել լսումների համար: Այդ մասին կարող եք իմանալ՝ կարդալով այս էջի ետևի մասը: Ձեր նպաստները կարող են մնալ անփոփոխ, եթե դուք դիմեք լսումների համար նախքան այս ծանուցումն ուժի մեջ մտնելը:

ՀԱՏՈՒԿ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

Մենք Ձեզ ասացինք, որ վերավկայագրման հարցազրույց չի պահանջվում: Վարչաշրջանին Ձեր կողմից հայտնված փոփոխությունների հիման վրա, **Ձեզ այժմ հարկավոր է** անցնել վերավկայագրման հարցազրույց:

1. Ձեր CalFresh հաստատման ժամկետը կվերջանա հետևյալ ամսաթվին՝ _____ (ԱԱ/ՕՕ/ԴԴՏՏ)
2. Հարցազրույցը պահանջվում է: Հարցազրույցներն իրականացվում են հեռախոսով, եթե չեք ցանկանում առերես հարցազրույց ունենալ: Եթե հաշմանդամության պատճառով օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք անմիջապես այդ մասին հայտնեք վարչաշրջանին:

ՀԱՋՈՐԴ ԲԱՅՆԵՐԸ

1. Խնդրում ենք լրացնել հայտադիմումը ամբողջությամբ և ներկայացնել վարչաշրջանին հավաստագրման ժամկետի վերջին ամսվա առաջին օրը՝ _____: (ԱԱ/ՕՕ/ԴԴՏՏ)
Ուշ հայտադիմումները կարող են հանգեցնել նպաստների ուշացմանը:
2. Դուք կստանաք առանձին նամակ՝ նշանակված հարցազրույցի ամսաթիվ և ժամի հետ միասին: Չանգահարե՛ք Ձեր սոցիալական աշխատողին, եթե չեք ստանում պայմանավորվածության վերաբերյալ նամակը այս ծանուցումից 10 օրվա ընթացքում:
3. Եթե Դուք բաց եք թողնում նախատեսված պայմանավորվածությունը, ապա դա Ձեր պատասխանատվությունն է տեղափոխել/կրկին պլանավորել այն:
4. Եթե Դուք հաշվետու եք լինում փոփոխությունների մասին, ինչպիսիք են՝ եկամուտը և ծախսերը, ապա խնդրում ենք ներկայացնել ապացույց/հիմնավորում Ձեր հայտադիմումի հետ միասին: Ցանկացած փոփոխության վերաբերյալ հիմնավորումն անհրաժեշտ է ներկայացնել ոչ ուշ, քան Ձեր հավաստագրման ժամկետի ավարտը: Խնդրում ենք հայտնել վարչաշրջանին, եթե տեղեկատվություն ստանալու օգնության կարիք ունեք:

ՎԱՐԵՎՈՐ ԿԱՆՈՆՆԵՐ

- Վարչաշրջանը Ձեզ կտեղեկացնի, թե երբ պետք է կրկին հաշվետու լինեք: Այդ ժամանակ Դուք պետք է լրացնեք վարչաշրջանի կողմից տրամադրված հաշվետվության ձևը:
- Եթե որևէ մեկը հետևյալ նշվածներից տեղի ունենա, Ձեզ հարկավոր կլինի սպասել մինչև 30 օր, նախքան Ձեր վերահավաստագրման դիմումի վերաբերյալ վերջնական որոշման կայացումը: Բացի այդ, Ձեր նոր հավաստագրման ժամկետի առաջին ամսվա համար Դուք կարող եք ստանալ միայն մասնակի նպաստներ:
 - Դուք հայտնում եք հարցազրույցի անհրաժեշտության նմասին և չեք ավարտում հարցազրույցը՝ հավաստագրման ժամկետի ավարտից հետո 10 օրվա ընթացքում:
 - Դուք չեք ներկայացնում պահանջվող ապացույցը նախքան Ձեր վկայագրման ժամկետի ավարտը:
- Դուք իրավունք ունեք վարչաշրջանից ստանալ դիմում-հայտի ձև և որպեսզի վարչաշրջանը ընդունի Ձեր հայտադիմումը: Հայտադիմումը պետք է ստորագրվի և պարունակի առնվազն Ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը:
- Դուք կամ Ձեր լիազոր ներկայացուցիչն իրավունք ունեք ներկայացնելու դիմում CalFresh-ի համար՝ վարչաշրջանին ներկայացնելով ներկայացնելով ձևաթուղթն անձամբ, փոստով, ֆաքսով կամ Ձեր վարչաշրջանում առկա այլ միջոցով (էլ.փոստ կամ առցանց էլեկտրոնային դիմում՝ <http://www.benefitscal.org>):
- Եթե Ձեր ընտանիքը բաղկացած է Լրացուցիչ ապահովության եկամուտ (Supplemental Security Income, SSI) ստացող անդամներից, Դուք կամ Ձեր լիազոր ներկայացուցիչն իրավունք ունեք դիմելու CalFresh-ի համար Սոցիալական ապահովության վարչության որևէ գրասենյակում:

Կանոններ՝ Այդ կանոնները կիրառվում են՝ CalFresh MPP Բաժիններ՝ 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61: Դուք կարող եք վերանայել դրանք առցանց՝ cdss.ca.gov կայքէջի վրա կամ ձեր վարչաշրջանի տեղային 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