

**ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ**

**ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ**

Ծանուցման ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_  
 Գործի անուն՝ \_\_\_\_\_  
 Գործի համար՝ \_\_\_\_\_  
 Սոցաշխատողի անուն՝ \_\_\_\_\_  
 Սոցաշխատողի համար՝ \_\_\_\_\_  
 Հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_  
 Հասցե՝ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
 │ \_\_\_\_\_ │  
 └ \_\_\_\_\_ ┘

Հարցե՞ր: Հարցրեք ձեր սոցաշխատողին:

**Նահանգային լուր. Եթե կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալմունք է, կարող եք դիմել լուրմների համար: Այդ մասին իմացեք 3-րդ էջում: Ձեր նպաստները կարող են մնալ անփոփոխ, եթե դուք դիմեք լուրմների համար նախքան այս ծանուցումն ուժի մեջ մտնելը:**

**Medi-Cal.** Այս ծանուցումը Չի փոփոխում կամ դադարեցնում Medi-Cal նպաստները: **Շարունակեք օգտագործել ձեր նպաստների նույնականացման պլաստիկ քարտը(երը):** Ձեր բժշկական նպաստներում փոփոխություն տեղի ունենալու դեպքում դուք կստանաք մեկ այլ ծանուցում:

**CalFresh.** Այս ծանուցումը Չի դադարեցնում կամ փոփոխում CalFresh նպաստները: Ձեր CalFresh նպաստներում փոփոխություն տեղի ունենալու դեպքում դուք կստանաք առանձին ծանուցում:

Միայն Medi-Cal և/կամ CalFresh ծրագրերից օգտվելը Չի հակասում ձեր կանխիկ դրամական օգնության ժամանակային սահմանափակումներին:

**Կանոններ.** Այդ կանոնները կիրառվում են: Դուք կարող եք դիտել դրանք ձեր սոցիալական բարեկեցության գրասենյակում՝ MPP 44-100, 44-315, SB 80 (Գլուխ 27, 2019թ. Կանոնադրություններին):

**Կանխիկ դրամական օգնության գումարի չափը**

**Բաժին A. Հաշվարկային եկամուտ, Ամիս \_\_\_\_\_**

1. Ինքնազբաղվածությունից ստացած եկամուտ \$ \_\_\_\_\_
2. Ինքնազբաղվածության ծախսեր՝
  - a. 40% ստանդարտ ԿԱՄ - \_\_\_\_\_
  - b. Փաստացի - \_\_\_\_\_
3. Չուտ եկամուտ ինքնազբաղվածությունից = \_\_\_\_\_
4. Հաշմանդամության հիմքով ստացված չվաստակած ընդհանուր եկամուտ (ՀՉԵ) (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) \$ \_\_\_\_\_
5. \$500 ՀՉԵ-ի անտեսում (եթե #4 \$500-ից ավելի մեծ է) - \_\_\_\_\_
6. Չազատված հաշմանդամության հիմքով ստացած չվաստակած եկամուտ ԿԱՄ = \_\_\_\_\_
7. Չօգտագործած ՀՉԵ-ի անտեսում = \_\_\_\_\_
8. Համախառն եկամուտ ինքնազբաղվածությունից (վերևից) + \_\_\_\_\_
9. Ընդհանուր այլ վաստակած եկամուտ + \_\_\_\_\_
10. \$500 չսպառված գումար (#7-ից) - \_\_\_\_\_
- 11. Միջանկյալ արդյունք** = \_\_\_\_\_
12. Վաստակած եկամուտի 50%-ի անտեսում - \_\_\_\_\_
- 13. Միջանկյալ արդյունք** = \_\_\_\_\_
14. Չազատված հաշմանդամության հիմքով ստացած չվաստակած եկամուտ (#6-ից) + \_\_\_\_\_
- 15. Միջանկյալ արդյունք** = \_\_\_\_\_
16. Այլ չազատված եկամուտ (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) + \_\_\_\_\_

**Չուտ հաշվարկային եկամուտ** = \_\_\_\_\_

**Բաժին B. Ձեր կանխիկ դրամական օգնությունը,**

**Ամիս \_\_\_\_\_**

1. Առավելագույն դրամական օգնություն \_\_\_\_\_ մարդ (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) \$ \_\_\_\_\_
2. Հատուկ կարիքներ (Աջակցության խումբ + Աջակցություն չցուցաբերող խմբի անդամներ) + \_\_\_\_\_
3. Չուտ հաշվարկային եկամուտ A Բաժնից - \_\_\_\_\_
- 4. Միջանկյալ արդյունք** = \_\_\_\_\_
5. Առավելագույն դրամական օգնություն \_\_\_\_\_ մարդ (միայն Աջակցության խումբ) (Չհաշված տուգանված անձանց) \$ \_\_\_\_\_
6. Հատուկ կարիքներ (միայն Աջակցության խումբը) + \_\_\_\_\_
7. Առավելագույն դրամական օգնության միջանկյալ արդյունքը = \_\_\_\_\_
- 8. Ամբողջ ամսվա օգնության միջանկյալ արդյունք** (Ամենացածր գումարը՝ տող 4 կամ 7) = \_\_\_\_\_
9. Տող 8 բաժանված է ամսվա մասի վրա = \_\_\_\_\_
10. Ճշգրտումներ՝
  - 25% Երեխայի ապրուստադրամի տուգանք(ներ) - \_\_\_\_\_
  - Այլ տուգանքներ - \_\_\_\_\_
  - Գերավճար - \_\_\_\_\_
  - Cal-Learn տուգանքներ - \_\_\_\_\_
  - Դպրոցի բոնուս (\$100 կամ \$500) + \_\_\_\_\_
- 11. Կանխիկ դրամական օգնության գումարի չափը** (Տող 8 կամ 9՝ ճշգրտված) \$ \_\_\_\_\_

## 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 կմնան նույնը, քանի դեռ դուք սպասում եք լսումների:
- Ձեր Child Care ծառայությունները կարող են մնալ անփոփոխ, քանի դեռ դուք սպասում եք լսումների:
- Ձեր CalFresh նպաստները կմնան նույնը 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:

- Այլ 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**

- **Ձանգահարեք անվճար հեռախոսահամարով՝ 1-800-952-5253,** կամ լսողության կամ խոսելախանգարում ունեցող անձիք կարող են 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        |
| Հայտադիմումը 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 |