

CALFRESH ԿԵՆՑԱԴՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ՁԵԿՈՒՅՑ (CF 377.5 CR) ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ.

Դուք պետք է զեկուցեք պարտադիր փոփոխություններն (1 - 6 հարցերը) այդ փոփոխությունների մասին տեղեկանալուց հետո 10 օրվա ընթացքում:

Դուք կարող եք զեկուցել փոփոխություններն այս ձևում, անձամբ կամ զանգահարելով ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

Եթե օգտագործում եք այս ձևը, ապա լրացրեք միայն այն հատվածները, որոնք վերաբերվում են Ձեր զեկուցած փոփոխությանը(ներին): Եթե որևէ հարցեր ունեք, թե որ փոփոխությունները պետք է զեկուցեք, ապա հարցրեք Ձեր աշխատողին:

Աշխատող՝

Հեռախոսահամար՝

1 ԵԿԱՄՏԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- Ա. Արդյո՞ք Ձեր կենցաղի չվաստակած եկամտի աղբյուրը փոխվել է կամ ավելացել կամ նվազել է ավելի քան \$50.00-ով, ինչպես օրինակ՝ անցած ամիս Դուք ստացել եք \$250.00, իսկ այս ամիս՝ \$301.00: Եթե **ԱՅՈ**, լրացրեք 1 (Գ) ներքևում:
- Բ. Արդյո՞ք կենցաղի որևէ անդամի վաստակած եկամտի աղբյուրը փոխվել է կամ ավելացել կամ նվազել է ավելի քան \$100.00-ով: Եթե **ԱՅՈ**, լրացրեք 1 (Գ) ներքևում:
- Գ. Եթե Այո 1 (Ա)-ին կամ 1 (Բ)-ին վերևում, ապա գրեք Ձեզ կենցաղի ողջ եկամուտը: Կցեք վճարագրերի կտրոնները կամ վաստակի այլ ապացույց: Բոլոր այլ եկամտի համար ապացույց կցեք՝ փոփոխություն զեկուցելիս: Եթե որևէ մեկն ինքնագործ է, ապա թվարկեք գործնական ծախսերն առանձին թղթի վրա և կցեք եկամտի ու ծախսերի ապացույցը:

Անուն	Աղբյուր (Եթե վաստակված գումար է, նշեք գործատուի անունը)	Գումար (Նախքան հանումները)	Որքա՞ն հաճախ է ստացվում:	Փոփոխության ամսաթիվ

2 ԿԵՆՑԱԴՐԻ ԿԱԶՄԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Փոփոխություն	ԱՅՈ	Փոփոխության ամսաթիվ	Եթե ԱՅՈ , նշեք անձի անունը, հարաբերությունն ու բացատրեք փոփոխությունը:
Ա. Որևէ մեկը տեղափոխվել է Ձեզ մոտ, այդ թվում՝ Նորածին երեխա:			
Բ. Որևէ մեկը հեռացել է Ձեր տնից կամ մահացել:			
Գ. Դուք տեղափոխվել եք մեկ այլ անձի հետ ապրելու համար:			
Դ. Որևէ մեկն ամուսնացել է:			
Ե. Որևէ մեկը հաշմանդամ է դարձել կամ վերականգնվել է հաշմանդամությունից:			
Զ. Որևէ մեկը ստացել է Նոր սոցիալական ապահովության համար: * Եթե ԱՅՈ , կցեք ապացույցը:			

3 ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ձեր կենցաղի ընդհանուր ձեռքի կանխիկ դրամը, չեկային և/կամ խնայողական հաշվի դրամը, բաժնետոմսերը, պարտատոմսերը, և այլն հասնում կամ գերազանցում են \$2000, կամ \$3250 այն կենցաղի համար, որտեղ կա հաշմանդամ կամ 60 կամ ավել տարեկան անդամ: Եթե **ԱՅՈ**, լրացրեք ներքևի հատվածը՝

Նշեք յուրաքանչյուր միավորը	Գումարը	Փոփոխության ամսաթիվ
	\$	
	\$	
	\$	

4 ՊԱՐՏԱԴՐԻ ABAWD ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

Ես ցանկանում եմ փոփոխություններ զեկուցել Առանց խնամառուների առողջ չափահասի (Able-Bodied Adult without Dependents, ABAWD) ժամերում իմ կենցաղի համար:

Աշխատանքի կամ ուսուցման ժամերի քանակը նվազել է շաբաթական 20 ժամից կամ ամսական 80 ժամից մինչև շաբաթական _____ ժամ կամ ամսական _____ ժամ:

Հետևյալ շաբաթ(ներ)ում _____

Հետևյալ ամիս(ներ)ում _____

Անձի(անց) անունը _____ Հարաբերությունը Ձեզ հետ _____

Բացատրեք՝ ինչ է եղել _____

* Սոցիալական ապահովության համարի տրամադրումը (Social Security Number, SSN) պահանջվում է 7 ԱՄՆ Կողմ 2025E մասով: Ցանկացած ոք, ով հրաժարվում է տրամադրել SSN-ը, որակազրկվում է CalFresh նպաստներ ստանալուց: SSN-ներն օգտագործվելու են ինքնությունը ստուգելու, կրկնակի մասնակցությունը կանխելու և պայմանականությունն ու նպաստները վավերացնելու համար: SSN-ներն օգտագործվելու են համակարգով համեմատելու համար եկամուտն ու ռեսուրսները հարկային, վեժների, զբաղվածության, Սոցիալական ապահովության ադմինիստրացիայի և այլ գործակալությունների արձանագրությունների հետ: Տարբերությունները կարող են պարզաբանվել գործատուներից, բանկերից և այլն: CalFresh ծրագրին խարդախ մասնակցությունը կարող է հանգեցնել քրեական կամ քաղաքացիական գործողության կամ ադմինիստրատիվ հայցերի:

5) ՀԱՍՑԵԻ ԵՎ ԱՊԱՍՏԱՆԻ ՀԱՄԱՐ ԾԱԽՍԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- Ա. Դուք ունե՞ք նոր փոստային հասցե կամ հեռախոսահամար, կամ պլանավորում եք տեղափոխվել: Եթե **ԱՅՈ**, լրացրե՛ք 5) Գ, 5) Դ ու 5) Ե կետերը:
- Բ. Տեղափոխվե՞լ եք: Եթե **ԱՅՈ**, լրացրե՛ք 5) Գ, 5) Դ ու 5) Ե կետերը:
- Գ. Որևէ մեկն ապրու՞մ է այս հասցեում: Եթե **ԱՅՈ**, նշե՛ք անուն(ներ)ը և հարաբերությունը՝ _____
- Դ. Գրե՛ք Ձեր նոր հասցեն և/կամ հեռախոսահամարը ներքևում ու գրե՛ք այստեղ փոփոխության ամսաթիվը՝ _____

Տան հասցեն (շենքի համար ու փողոց)	Փոստային հասցեն (եթե տարբերվում է) (շենքի համար ու փողոց)				
Քաղաք	Փոստային կոդ	Հեռախոսահամար	Քաղաք	Փոստային կոդ	Հաղորդագրության հեռախոս

Ե. Ձեր բնակեցման կամ կոմունալ սպասարկման ծախսերը փոխվե՞լ են տեղափոխության հետևանքով: Եթե **ԱՅՈ**, լրացրե՛ք 1, 2 և 3 կետերը ներքևում՝

Վարձ կամ հիպոտեկա՝ \$	Անշարժ գույքի հարկեր կամ ապահովագրություն՝ \$ (եթե հիպոտեկայի մեջ չի մտնում)
Կոմունալ ծառայություն	Կոմունալ ծառայություն
Գազ կամ վառելանյութ <input type="checkbox"/>	Աղբ <input type="checkbox"/>
Էլեկտրականություն <input type="checkbox"/>	Ջուր <input type="checkbox"/>
Հեռախոս <input type="checkbox"/>	Կոյուղի <input type="checkbox"/>
Կոմունալ սպասարկման տեղադրում <input type="checkbox"/>	Այլ (նշե՛ք) <input type="checkbox"/>

1. Գրե՛ք Ձեր բնակեցման յուրաքանչյուր ծախսի գումարը: →
2. Եթե վճարում եք կոմունալ սպասարկման համար, ապա նշե՛ք վանդակում կոմունալ յուրաքանչյուր ծախսի համար: →
3. Ձեր CalFresh կենցաղի մաս չկազմող որևէ մեկն արդյո՞ք օգնում է Ձեզ վճարել Ձեր բնակեցման կամ կոմունալ ծախսերը: Եթե **ԱՅՈ**, լրացրե՛ք 3ա, ք և գ կետերը:
 - ա. Նշե՛ք բնակեցման ընդհանուր ծախսերը, որոնց համար վճարում է CalFresh կենցաղը՝ \$ _____
 - գ. Նշե՛ք յուրաքանչյուր անձի անունը, ով վճարել է որևէ ծախսերի համար, և թե արդյո՞ք նրանք վճարել են բնակեցման և/կամ կոմունալ ծախսերը՝
 - բ. Նշե՛ք կոմունալ սպասարկման ընդհանուր ծախսերը, որոնց համար վճարում է CalFresh կենցաղը՝ \$ _____

6) ԿԵՆՑԱՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ՎՃԱՐՎԱԾ ԵՐԵՒԱՆՅԻ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ

CalFresh կենցաղի որևէ անդամ վճարե՞լ է օրինակատրոն պարտավորված երեխայի օգնություն երեխաների համար, որոնք չեն բնակվում տանը կամ այդ կենցաղում: Կցե՛ք դատական հրամանի կամ ադմինիստրատիվ հրամանի ապացույց, որը ցույց է տալիս երեխայի օգնություն վճարելու պահանջն ու նշե՛ք վճարված գումարը: Եթե օրինակատրոն պարտավորված օգնության գումարը փոխվել է, ապա կցե՛ք այդ փոփոխության ապացույց:

ՈՎ Ե ՎՃԱՐԵԼ ԵՐԵՒԱՆՅԻ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ	ՈՒՄ Ե ՎՃԱՐՎԵԼ	ՎՃԱՐՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ	ՎՃԱՐՄԱՆ ԱՍՏԱԹԻՎԸ

7) ԽՆԱՄԱՌՈՒԻ ԽՆԱՄՔԻ ԾԱԽՍԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կամընտրական. Եթե կենցաղի անդամի մոտ, որն աշխատում է, աշխատանք է փնտրում կամ դպրոց գնում, ավելացել են խնամառուի խնամքի կամ երեխայի խնամքի ծախսերը վերջին զեկույցից հետո, ապա լրացրե՛ք ներքևի հատվածը:

Ինչ գումար է վճարվել՝ \$ _____ Ով է վճարել՝ _____

Թվարկեք երեխային/երեխաներին՝

8) ԲԾՇՎԱԿԱՆ ԾԱԽՍԵՐ (ԿԵՆՑԱՂԻ ՀԱՇՎԱՆՂԱՍ ԿԱՄ 60 ԿԱՄ ԱՎԵԼ ՏԱՐԵԿԱՆ ԱՆՂԱՍԻ ՀԱՄԱՐ)

Կամընտրական. Եթե կենցաղի որևէ անդամ, որը հաշմանդամ է կամ 60 կամ ավել տարեկան է, ունի նոր կամ ավելացված բժշկական ծախսեր, ապա լրացրե՛ք ներքևի հատվածը, բաճկի այս զեկույցը կարող է ավելացնել Ձեր հատկացումը: Եթե ծախսերը նոր են ու ավելացել են ավելի քան \$25-ով, **ապա ապացույց կցե՛ք:**

Ու՞մ ծախսն էր դա:	Ծախսի տեսակը	Գումարը	Ու՞մ ծախսն էր դա:	Ծախսի տեսակը	Գումարը
		\$			\$

9) ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կարծու՞մ եք, որ 1) -ից մինչև 6) հարցերի փոփոխությունները ժամանակավոր են: Եթե **ԱՅՈ**, ապա բացատրե՛ք:

ՎԿԱՅԱԳԻՐ

- Ես հասկանում եմ, որ տեղեկությունը չզեկույցելը կամ փաստերի միտումնալից խեղությունը կարող է հանգեցնել իրավական հետապնդման, որը պատժելի է տուգանքով, ազատազրկմամբ կամ երկուսն էլ միասին: Պատիժը կարող է բերել CalFresh-ի որակազրկման, մինչև \$250,000 տուգանքի և մինչև 20 տարի ազատազրկման: Որակազրկման պատիժը կազմում է 12 ամիս առաջին խախտման համար, 24 ամիս երկրորդ խախտման համար, և մշտական որակազրկում երրորդ խախտման համար:
- Ես հասկանում եմ, որ ես միայն 10 օր ունեմ իմ աշխատողին իմ կենցաղի փոփոխությունների մասին տեղեկացնելու համար (միայն 1 - 6 հարցերը):
- Ես հասկանում եմ, որ իմ զեկույցված փաստերը համեմատվելու են և ստուգվելու են տեղային, նահանգային ու դաշնային անձնակազմների կողմից:
- Ես հասկանում եմ, որ կենցաղը, որևէ չափահաս անդամը (ևույնիսկ եթե նա տեղափոխվել է), այլ կենցաղի անդամի հովանավորը կամ իրավասու հաստատությունում բնակվող անձանց լիազորված ներկայացուցիչը կարող է պարտադրվել փոխհատուցել այն հավելյալ նպաստները, որոնք կենցաղը չպետք է ստանար, ևույնիսկ եթե դա տեղի է ունեցել վարչաշրջանի մեղքով:
- Ես հասկանում եմ, որ ես իրավունք ունեմ նահանգային լուսն պահանջել վարչաշրջանի վեյֆերի բաժանմունքի որևէ գործողության հետ կապված:
- Ես հաստատում եմ, որ այս զեկույցում պարունակվող տվյալները ճշգրիտ են, ստույգ և ամբողջական:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (ԿԵՆՑԱՂԻ ԱՆՂԱՍ ԿԱՄ ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐՎԱՅԱՑՈՒՑԻՉ)	ԱՍՏԱԹԻՎ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (ՎԿԱ, ԵԹԵ ԴՈՒՔ X ԵՔ ԴՐԵԼ)	ԱՍՏԱԹԻՎ