STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

CALFRESH ՀԵՏՎՃԱՐՄԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐ
ՄԻԱՅՆ ԿԵՆՑԱՂԻ ՊԱՏԱՀԱԿԱՆ ՍԽԱԼՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

ԳՈՐԾԻ ՀԱՄԱՐԸ

ԱՇԽԱՏՈՂ

ԱՆՈՒՆ

ԳՈՐԾԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ

ՀԱՍՑԵ

ԺԱՄԿԵՏՆԵՐ ԵՎ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ

Ձեր կամ Ձեր կենցաղի անդամներից որևիցե մեկի կողմից թույլ է տրվել սխալ:
Դուք պետք է վճարեք CalFresh ծրագրի հավելյալ նպաստները՝ կիրառելով ներքոհիշյալ ձևերից մեկը կամ մի քանիսը:

1. **Գումարի միանվագ վճարում** - Դուք կարող եք վճարել պարտավորության գումարը միանվագ կերպով՝ կանխիկ դրամով և/կամ CalFresh ծրագրի նպաստներով:
2. **Նպաստի նվազեցում** - Եթե Դուք ներկայումս ստանում եք CalFresh ծրագրի նպաստներ, ապա Դուք կարող եք հետ վճարել՝ նվազեցնելով Ձեր կենցաղի նպաստները վճարման ենթակա գումարի մի մասի չափով կամ ամբողջությամբ: Այս մեթոդով հետվճարումը կկազմի ձեր ամսական նպաստի 10%-ը կամ $10 ամեն ամիս, որը որ ավելի շատ է:
3. **Մասնակի վճարումներ** - Դուք կարող եք վճարել պարտավորության գումարն ամսական վճարումների ձևով՝ կանխիկ դրամով և/կամ CalFresh ծրագրի նպաստներով:
4. **Կարգադրված վճարում**

☐ Դատարանը կամ Վարչական օրենքի հարցերով դատավորը կարգադրել է Ձեզ կատարել հետվճարում ստորև նշված եղանակով: Հետվճարման սույն պայմանները չեն կարող փոփոխվել Ձեր կամ վարչաշրջանի կողմից:

Եթե մենք Ձեզ հետ դեռևս չենք քննարկել սույն Պայմանագրի պայմանները, կամ եթե Դուք դեռևս հարցեր ունեք, ապա զանգահարեք վելֆեյր գանձողին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ __________________.

Սույն Պայմանագիրը լրացնելուց և ստորագրելուց հետո, վերադարձրեք բոլոր օրինակները վարչաշրջանին մեր կողմից տրամադրված ծրարով: Այս Պայմանագրի հետ կանխիկ դրամ մի ուղարկեք: Վարչաշրջանի կողմից հաստատվելուց հետո, սույն Պայմանագրի ստորագրված տարբերակը կուղարկվի Ձեզ:

ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐ

Ես՝ ____________________________________ , հասկանում եմ, որ սույն Պայմանագիրը կնքվում է իմ և _______________ վարչաշրջանի միջև, քանի որ ինձ հավելագրվել են CalFresh ծրագրի հավելյալ նպաստներ $__________ գումարի չափով: Ես համաձայն եմ հետ վերադարձնել սույն գումարը ներքոհիշյալ եղանակ(ներ)ից մեկով՝

☐ Գումարի միանվագ վճարում
- ☐ Ես հետ կվերադարձնեմ վճարման ենթակա $__________ գումարը միանվագ կանխիկ վճարումով _______________ ամսաթվին:
- ☐ Ես հետ կվերադարձնեմ վճարման ենթակա $ __________ գումարը CalFresh-ի նպաստներից միանվագ վճարումով _______________ ամսաթվին:

☐ Նպաստի նվազեցում
- ☐ Ես հետ կվերադարձնեմ՝ իմ կենցաղի նպաստները $ ____________ նվազեցնելով՝ սկսած ____________ ամսաթվից:

☐ Մասնակի վճարումներ
- ☐ Ես հետ կվերադարձնեմ ամսական կանխիկ վճարումներով $ ____________ յուրաքանչյուր ամսվա _______ օրը՝ սկսած _______________ ամսաթվից:
- ☐ Ես հետ կվերադարձնեմ CalFresh-ի նպաստների ամսական վճարումներով $___________ յուրաքանչյուր ամսվա ________ օրը՝ սկսած ______________ ամսաթվից:

Ինչպես նաև, ես հասկանում և իմ համաձայնությունն եմ տալիս առ այն, որ՝

1. Իմ հետվճարման գրաֆիկը հիմնված է իմ՝ վարչաշրջանի կողմից սահմանված ընթացիկ վճարունակության վրա: Իմ վճարունակության որևէ փոփոխություն կարող է ազդել իմ ամսական վճարումների վրա:
2. Ցանկացած փոփոխության դեպքում ես կարող եմ խնդրել վարչաշրջանին՝ փոփոխել իմ կողմից ընտրված պայմանները:
3. Եթե ես չկատարեմ վճարումները համաձայն ձեռք բերված պայմանավորվածության և ինձ չտրամադրվի վճարման նոր գրաֆիկ, ապա վարչաշրջանը կարող է պահանջել հետ վերադարձնել չվճարված ողջ գումարը տվյալ պահին:
4. Եթե ես չվճարեմ համաձայն ձեռք բերված պայմանավորվածության և վարչաշրջանը չվճարված գումարների հետ գանձման համար իմ դեմ հայց ներկայացնի, ապա ինձանից կարող է նաև պահանջվել վճարել գումարի հավաքագրման ծախսերը, իրավապաշտպանի, ինչպես նաև դատական ծախսերը:
5. Եթե ես չկատարեմ վճարումները, ապա վարչաշրջանը կարող է վերցնել իմ՝ նահանգային/դաշնային եկամտահարկի փոխհատուցումը և/կամ խնդրել դատարանին բռնագանձել իմ աշխատավարձը կամ իմ որևէ սեփականություն:
6. Իմ հանդեպ կարող են իրականացվել պարտադիր հավաքագրման գործողություն(ներ), եթե վճարումը չի ստացվում մինչ նախանշված օրը և հետվճարման մասին պահանջը դառնում է չբավարարված:
7. Եթե հետագայում պարզվի, որ կենցաղի այս պատահական սխալը ծրագրի պայմանների կանխամտածված խախտում է, ապա կկիրառվեն տուգանքներ, նույնիսկ եթե ես համաձայնեմ վճարել իմ պարտք եղած գումարները:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ | ԱՄՍԱԹԻՎ | ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

To be completed by the county (Լրացվում է վարչաշրջանի կողմից):

The above signed Agreement has been accepted by____on _________________________
Date

for _______________________ County. Payments should be made at:

____
(Signature of Authorized County Official)