

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ CALFRESH ԳԵՐԱՎՃԱՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՄԻԱՅՆ ԱԴՄԻՆԻՍՏՐԱՏԻՎ ՍԽԱԼՆԵՐԻ (ԱՎ) ՀԱՄԱՐ

Ծանուցման ամսաթիվը : _____
 Գործի անվանումը : _____
 Համարը Աշխատողի անունը : _____
 Համարը : _____
 Գեռախոսը : _____
 Հասցեն : _____

(ՀԱՍՑԵԱՏԵՐ)

Նահանգային լսում. Եթե Դուք կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, ապա Դուք կարող եք պահանջել նահանգային լսում: Սույն էջի հետևի մասում բացատրվում է՝ ինչպես: Ձեր նպաստները չեն կարող փոխվել, եթե Դուք լսում եք պահանջում նախքան այս գործողության իրականացումը:

Շատ CalFresh-ի նպաստներ են տրամադրվել՝

- Ձեր կենցաղին:
- Այն կենցաղին, որին Դուք հովանավորել եք: Ահա, թե ինչու.

Չզեկուցված ստացված եկամուտը բավարար չէ 20% նվազեցման համար:
 \$ _____ հավելյալ CalFresh-ի նպաստներ են տրամադրվել ժամանակահատվածի համար:

Կենցաղը ստացել է \$ _____ CalFresh-ի նպաստ:

Կենցաղը պետք է ստանար \$ _____ CalFresh-ի նպաստ: \$ _____ (հավելյալ CalFresh-ի նպաստներ) այն է, ինչ Դուք ստացել եք՝ հանած այն գումարը, որը Դուք պետք է ստանայիք:

Այս գումարը պակասեցվել է \$ _____, քանի որ մենք ստացել ենք հետվճարման ենթակա գումարի մի մասը: Դուք այժմ պարտք եք \$ _____:

Ծանոթացեք, թե ինչպես ենք մենք ստացել հավելյալ գումարը, որը Դուք տեսնում եք այս ծանուցման հետ Ձեզ տրամադրված աշխատաթերթիկի վրա:

ՀԵՏՎՃԱՐՈՒՄ

Դուք պետք է հետ վճարեք CalFresh-ի հավելյալ նպաստները:

1. Դուք կարող եք վճարել հավելյալ CalFresh-ի նպաստներն ամբողջությամբ, կամ
2. Լրացրեք, ստորագրեք և վերադարձրեք կցված Հետվճարման պայմանագրի ձևը (CF 377.7E1) և կատարեք վճարում համաձայն պայմանավորվածության, կամ
3. Եթե Դուք չստորագրեք և չվերադարձնեք պայմանագիրը սույն ծանուցումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում, ապա CalFresh-ի նպաստները կկրճատվեն _____%-ով՝ սկսած _____:
 - Ձեզանից չի պահանջվում օգտագործել ստացված որևէ SSI նպաստ սույն գերավճարը մարելու համար:
 - Հավաքագրումը կկատարվի կենցաղի բոլոր չափահաս անդամներից գերավճարի հայտնաբերման դեպքում:
 - Եթե Դուք չեք ստանում CalFresh-ի նպաստներ, ապա Ձեր ԱՎ գերավճարը ենթակա է հետ վերադարձման, եթե այն գերազանցում է \$125:

ՀԱՎԱՔԱԳՐՄԱՆ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐ՝

- Ձեր վճարման պայմանագիրը հիմնված է լինելու Ձեր ընթացիկ վճարունակության վրա, որը սահմանվում է վարչաշրջանի կողմից: Ձեր վճարունակության ցանկացած փոփոխություն կարող է ազդել Ձեր ամսական վճարումների վրա:
- Եթե Դուք չվճարեք, ապա վարչաշրջանը կարող է պարտավորության գումարը հավաքագրելու այլ միջոցներ կիրառել, օրինակ՝ դատարանի միջոցով, հավաքագրման այլ գործակալությունների միջոցով և դաշնային իշխանության հավաքագրման եղանակով:
- Եթե այս սխալը հետագայում դատարանի կողմից կամ դատական գործի լսման արդյունքում դիտարկվի որպես Ձեր սխալ, ապա կկիրառվեն տուգանքներ, նույնիսկ եթե Դուք համաձայնեք հետ վճարել պարտավորության գումարը:
- Եթե հետվճարման մասին պահանջը դառնա չբավարարված կամ կենցաղի նկատմամբ դատական գործ հարուցվի, ապա Ձեզանից կարող է պահանջվել վճարել հավելյալ ծախսեր գործընթացի կազմակերպման համար կամ դատական գործընթացի ծախսեր:
- Եթե Դուք չեք վճարում պարտավորության գումարը, ապա վարչաշրջանը կարող է վերցնել Ձեր նահանգային/դաշնային եկամտահարկի փոխհատուցումը և/կամ ինդերթի դատարանին բռնագանձել Ձեր աշխատավարձը կամ որևէ սեփականություն:

Կ ա ն ո ն ն Ե Ր . Այս կանոնները կիրառվում են. MPP 63-801.22, 63-801.4, 63-801.43, 63-801.7. Դուք կարող եք դրանց հետ ծանոթանալ Ձեր վարչաշրջանի գրասենյակում:

Հարցեր ունե՞ք: Հարցրեք Ձեր Աշխատողին:

Ուշադրություն. Եթե Դուք կարծում եք, որ սույն գերավճարը սխալ է, ապա սա Ձեր՝ լսում պահանջելու վերջին հնարավորությունն է: Եթե Դուք շարունակում եք օգտվել CalFresh-ի ծրագրից, ապա վարչաշրջանը կարող է հավաքագրել գերավճարը՝ նվազեցնելով Ձեր ամսական նպաստի չափը: Եթե Դուք դուրս եք գալիս CalFresh ծրագրից նախքան գերավճարի մարումը և չեք կատարում մարման համար անհրաժեշտ միջոցառումներ, Վարչաշրջանը կարող է Ձեր պարտքը վերցնել նահանգային/դաշնային եկամտահարկի փոխհատուցման գումարից՝ համաձայն օրենսդրության:

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ

Դուք իրավունք ունեք դատաքննություն պահանջելու, եթե համաձայն չեք տարածաշրջանի որևէ որոշման հետ: Դուք ընդամենը 90 օր ունեք դատաքննություն պահանջելու համար: 90 օրը սկսվում է տարածաշրջանի կողմից այս ծանուցումը Ձեզ տալու կամ ուղարկելու հաջորդ օրվանից: Եթե Դուք հարգելի պատճառ ունեք, թե ինչու ի վիճակի չեք եղել դիմել դատաքննության համար 90 օրվա ընթացքում, ապա դեռ կկարողանաք դիմել դատաքննության համար: Եթե հարգելի պատճառ ներկայացնեք, դատաքննությունը կարող է նշանակվել:

Եթե դատաքննություն պահանջեք մինչև Cash Aid-ի, Medi-Cal-ի, CalFresh-ի կամ Child Care-ի որոշման ուժի մեջ մտնելը,

- Ձեր Cash Aid-ը կամ Medi-Cal-ը նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը:
- Ձեր Child Care ծառայությունները նույնը կմնան քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը:
- Ձեր CalFresh-ի նպաստները նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը կամ Ձեր արտոնագրման ժամանակաշրջանի վերջը՝ կախված այն բանից, թե որը ավելի շուտ տեղի կունենա:

Եթե դատաքննության վճիռը որոշի, որ մենք ճիշտ էինք, Դուք մեզ պարտք կլինեք Ձեր ունեցած լրացուցիչ Cash Aid-ը, CalFresh-ը կամ Child Care ծառայությունը: Արպեսզի մեզ թույլ տաք նվազեցնել կամ դադարեցնել Ձեր նպաստները մինչև դատաքննությունը, նշեք հետևյալը՝

Այո, նվազեցրեք կամ դադարեցրեք. Cash Aid-ը CalFresh-ը
 Child Care-ը

Քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննության վճիռին՝

Welfare to Work-ի համար

Կարող եք չմասնակցել գործունեություններին:

Կարող եք երեխայի խնամքի վճարումներ ստանալ աշխատանքի և այնպիսի գործունեությունների համար, որոնք տարածաշրջանի կողմից հաստատվել էին մինչև այս ծանուցումը:

Եթե մենք Ձեզ հայտնել էինք, որ Ձեր այլ օժանդակող սպասարկումների վճարումները կդադարեն, Դուք այլևս վճարումներ չեք ստանա, նույնիսկ եթե հաճախեք Ձեր գործունեություններին:

Եթե մենք Ձեզ հայտնել էինք, որ կվճարենք Ձեր այլ օժանդակող սպասարկումների համար, նրանք կվճարվեն այն գումարով և այն կարգով, որ մենք Ձեզ հայտնել ենք այս ծանուցման մեջ:

- Այս օժանդակող սպասարկումները ստանալու համար պետք է հաճախեք այն գործունեություններին, որ տարածաշրջանը Ձեզ ասել էր, որ հաճախեք:
- Եթե տարածաշրջանի վճարած օժանդակող սպասարկումների գումարը դատաքննության Ձեր սպասման ընթացքում չի բավարարում, որ Դուք մասնակցեք, ապա կարող եք դադարել գործունեությանը հաճախել:

Cal-Learn-ի համար

- Դուք չեք կարող մասնակցել Cal-Learn ծրագրին, եթե մենք Ձեզ հայտնել ենք, որ չենք կարող Ձեզ սպասարկել:
- Մենք միայն կվճարենք Cal-Learn-ի հաստատված գործունեության օժանդակող սպասարկումների համար:

ԱՅԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Medi-Cal ղեկավարված խնամքի ծրագրի անդամներ. Այս ծանուցման որոշումը կարող է Ձեզ կանխել Ձեր ղեկավարված խնամքի առողջապահական ծրագրից սպասարկումներ ստանալուն: Ձեզ թերևս հարկավոր լինի կապվել Ձեր առողջապահական ծրագրի անդամության ծառայության հետ, եթե հարցեր ունեք:

Երեխայի և/կամ բժշկական օժանդակություն. Երեխաների օժանդակության տեղական գործակալությունը անվճար կարգով կօգնի օգնություն ստանալ, նույնիսկ եթե Դուք կանխիկ փողի օգնություն չեք ստանում: Եթե նրանք այժմ օգնություն են Ձեզ համար ստանում, նրանք դա կշարունակեն մինչև որ Դուք նրանց գրավոր կերպով տեղեկացնեք, որ դադարեն: Նրանք Ձեզ կուղարկեն ներկայումս հավաքած օգնության գումարը, բայց կպահեն այն գումարը, որ պարտք եք տարածաշրջանին:

Ընտանիքի պլանավորում. Ձեր սոցալապահության գրասենյակը Ձեզ տեղեկություններ կտրամադրի, թե երբ Դուք այն խնդրեք:

Դատաքննության նշոց. Եթե Դուք դատաքննություն պահանջեք, Նահանգի դատաքննության գրասենյակը նշոց կստեղծի: Դուք իրավունք ունեք նշոցը տեսնել մինչև դատաքննությունը և Ձեր գործի վերաբերյալ տարածաշրջանի գրավոր դիրքորոշման օրինակը ստանալ առնվազն երկու օր մինչև դատաքննությունը: Նահանգը կհանձնի դատաքննության Ձեր նշոցը Սոցալապահության բաժնին և ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների և Գյուղատնտեսության բաժնիներին: **(W&I օրենքի հատված 10850 և 10950):**

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՁԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

- **Լրացրեք այս էջը:**
- Պատճենահանեք այս էջի առջևի և հակառակ կողմերը Ձեզ մոտ պահելու համար:
- Եթե խնդրեք, Ձեր գործի ղեկավարը կտա Ձեզ այս էջի օրինակը:
- **Փաթեթն ուղարկեք կամ տարեք.**

ԿԱՍ

- **Զանգահարեք անվճար հեռախոսահամարով՝ 1-800-952-5253 կամ լսողության կամ խոսալու դժվարություններ ունեցողները, ովքեր գործածում են TDD՝ 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով:**

Օգնություն ստանալու համար. Ձեր դատաքննության իրավունքների կամ իրավական աջակցություն ստանալու համար կարող եք դիմել վերոհիշյալ անվճար հեռախոսահամարներով: Դուք կարող եք անվճար իրավական աջակցություն ստանալ Ձեր տեղական իրավական աջակցության կամ սոցալապահության իրավունքների գրասենյակից:

Եթե դատաքննությանը մենակ չեք ուզում գնալ, կարող եք մի ընկերոջ կամ որևէ մեկին բերել Ձեզ հետ:

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴՐԱՆՔ

Ես դատաքննություն են ցանկանում _____ տարածաշրջանի Սոցալապահության բաժնի որոշման պատճառով, որը վերաբերվում է իմ

Cash Aid-ին CalFresh-ին
 Medi-Cal-ին Այլ (թվարկեք) _____

ԱՀԱ, ԹԵ ԻՆՉՈՒ _____

- Եթե լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, նշեք այստեղ և էջ ավելացրեք:
- Ինձ հարկավոր է, որ նահանգը ինձ անվճար թարգմանիչ տրամադրի: (Ազգականը կամ ընկերը չեն կարող թարգմանել Ձեզ համար դատաքննության ժամանակ):

Իմ լեզուն կամ բարբառն է. _____

ԱՅՆ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՒՄՆԴԱՍՏԸ ՄԵՐԺԿԵԼ ԵՎ ԿԱՄԴԱՐԱՐԵՑՎԵԼ		
ՇՆՆՅԱՆ ԹԻՎ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅԵ		
ՔՍՂԱՔ	ՆԱՀԱՂԳ	ԻՆԴԵՔՍ
ԱՏՈՐԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՄԱԹԻՎ	
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒԴՅՈՒՆ ԼՐԱՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ	

Ես ցանկանում եմ, որ ներքևում նշված անձը ներկայացնի ինձ այս դատաքննությանը: Ես թույլտվություն եմ տալիս այս անձին տեսնել իմ գրանցումները կամ իմ համար գնալ դատաքննության: (Այս անձը կարող է ընկեր կամ ազգական լինել, բայց չի կարող թարգմանել Ձեզ համար:)

ԱՆՈՒՆ	ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅԵ		
ՔՍՂԱՔ	ՆԱՀԱՂԳ	ԻՆԴԵՔՍ