

ՓԱՍՏԵՐԻ ՇԱՐԱԴՐԱՔ՝ 16 ՏԱՐԵԿԱՆՑ ՑԱՏՕՐ ՏԱՐԻՔԻ ԵՐԵՆԱ ԱՎԵԼԱՑՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ (Լրացուցիչ դիմում և խնդրանք կանխիկ դրամական օգնություն և (կամ) CalFresh նպաստներ ստանալու համար)

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ

Լրացրեք այս ձևը տան նոր երեխայի համար և ստորագրեք «Վկայագիր» բաժինը: Եթե ավելի շատ տեղ է հարկավոր, կցեք ևս մեկ թերթ: Ցուրաքանչյուր երեխայի համար օգտագործեք մեկ ձևաթուղթ:

Եթե կանխիկ դրամական օգնություն եք ստանում և օգնություն եք ուզում նոր երեխայի համար, այս ձևը պետք է լրացվի ծնողի կամ Կալիֆորնիայում գրանցված քաղաքացիական գույքնկերոջ կամ չափահաս խնամող ազգականի կողմից:

CalFresh նպաստներ ստացող - կենցաղների համար

որոնք չեն ստանում կամ չեն ուզում ստանալ կանխիկ դրամական օգնություն, այս ձևը պետք է լրացվի - կենցաղի չափահաս անդամի կամ լիազոր ներկայացուցչի կողմից:

ԵՐԵՆԱ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻ ՈՒՆ, ՈՐՈՎՅԵՏԵՎ ԵՆՈՐԸ () ԱՏՈՐԵՎ (X)

1. Ծնողի կամ խնամող ազգականի անունը _____ Հեռախոս _____

2. Տրամադրեք այս երեխայի վերաբերյալ բոլոր փաստերը: ԵՐԵՆԱՅԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԱՆՈՒՆ, ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ) _____

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏԻ ՀԱՄԱՐԸ _____ ՄԵՈՒԸ (X) _____

ՍՆՆՈՒՄ ԵՆՈՒՆԸ _____ ՍՅՈՒՄ ԵՆՈՒՆԸ _____

ՏՆՆՈՒՄ ԱՎԱՐԸ (ՔԱՐԱՔ/ԱՀԱՆՊ/ԵՐԿԻՐ) _____ ՏՆՆՈՒՄ ԹՎԱԿԱՆԸ (ԱՄԻՄ, ՕՐ, ՏԱՐԻ) _____

ՊԱՀԱՆՁՎՈՂ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՄԱԿԸ (X) _____ ՔԱՐԱՔԱՑՈՒ ԿԱՄ ՈՉ _____

ԿԱՆԽԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ _____ CalFresh _____

3. Երեխան որդեգրված երեխա՞ է: A. Արդյո՞ք այդ երեխան Ձեր տուն է տեղափոխվել դատարանի խնամառության մասին կարգադրությամբ: B. Դուք ուզում եք, որ որդեգրված երեխան և հովանավորյալ խնամքի եկամուտը հաշվի առնվեն CalFresh գործի մեջ: C. Երեխան ընդգրկված է առողջապահական ծրագրում: _____

4. Երեխան այս ամիս ստացել է կանխիկ դրամական օգնություն կամ CalFresh նպաստ: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև. _____

5. Երեխան ստանում է կամ ակնկալում է ստանալ որևէ եկամուտ, օրինակ՝ աշխատավարձ, Սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտ կամ Լրացուցիչ նահանգային վճար (SSI/SSP), սոցիալական ապահովության նպաստներ, երեխայի ապրուստավճար, հովանավորյալ խնամքի վճար, վետերանների նպաստներ և այլն: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև. _____

ԵԿԱՍՏԻ ՏԵՄԱԿԸ _____ ԳՈՒՄԱՐԸ (Նախքան պահանջները, եթե այդպիսի կան) _____ Ե՞ՐԲ _____ ԻՆՉ ՀԱՀԱՄԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ _____

Այս եկամուտը շարունակվելու է: _____ Եթե «ՈՉ», պարզաբանեք բոլոր հայտնի փոփոխությունները.

6. A. Երեխան հղի՞ է կամ դեռահաս ծնող է: Եթե «ԱՅՈ», նշեք (X) կարգավիճակը _____ հղի _____ դեռահաս ծնող _____

B. Երեխան կանխիկ դրամական պարզ կամ պատժափոց կամ երեխայի խնամքի հետ կապված օգնություն, տրանսպորտով տեղափոխման ծառայություն ստացել է Cal-Learn ծրագրից: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև. _____

ՈՐՏԵՂ (ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԵՐՁԱՆԸ) _____ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԹՎԱԿԱՆ(ՆԵՐ) _____

7. Այս երեխայի ծնողը (ծնողները) ծառայել է Միացյալ Նահանգների (ԱՄՆ) զինված ուժերում: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև. _____

8. Լրացրեք ստորև, եթե ուզում եք CalFresh նպաստներ ստանալ այս երեխայի համար, և երեխան ԱՄՆ քաղաքացի չէ: A. Ընդհանուր առմամբ, քանի՞ տարի են այս երեխան և (կամ) նրա ծնողներն ապրել ԱՄՆ-ում: B. ԱՄՆ-ում ապրելու ժամանակ քանի՞ տարի են այս երեխան և (կամ) երեխայի ծնողները փող վաստակել ԱՄՆ-ում աշխատելով: C. ԱՄՆ-ի սահմաններից դուրս ապրելու ժամանակ այս երեխան և (կամ) երեխայի ծնողները, ընդհանուր առմամբ, քանի՞ տարի են աշխատել ԱՄՆ-ում կամ ամերիկյան ընկերությունում:

ՎԱՐՉԱԵՐՁԱՆԻ CASE NAME CASE NUMBER WORKER NAME AND NUMBER DATE RECEIVED AU Non-AU MFG Child CF Non-HH Excl. Member Code: Work Registration/Exemption Codes: VERIF: Blind/Deaf/Disabled SSN Citizen SAVE Eligible Noncitizen Immun. Alien Reg. No. D.O.E. 3A. Request dependency order 3B. CA and FC Elig/CR Chooses: Child: CA FC CR: CA None Kin-GAP 3C. Medi-Cal Fee for Service Verification provided Verification provided FC Income Counted on CF Case YES NO CA Eligible for Higher MAP Income if exempt Unearned Earned CA CF Verified: Referred to Cal-Learn Program CW 25 QR 25A CW 5 Date Initiated YES NO CF: Honorable Discharge YES NO

9. Երեխան որպես սեփականություն ունի՞ որևէ գույք կամ միջոցներ, օրինակ՝ կանխիկ փող, հող, բանկային հաշիվներ, խնամատրության հանձնված միջոցներ, խնայողական պարտատուներ, բնիկ ամերիկացիների մեկ շնչին հասնող վճարումներ կամ հավատարմագրային ֆոնդեր կամ այլ ունեցվածք: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև:			ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ <input type="checkbox"/> Verification provided <input checked="" type="checkbox"/> CA Restricted Account (✓) Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF		
ՄԻՋՈՑԻ ՏԵՄԱԿԸ	ՀԱՇՎԻ ԿԱՄ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԻ ՀԱՄԱՐԸ	ԲԱՆԿԻ ԵՎ ԱՅԼ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ, ՀԱՍՑԵՆ	ՆԵՐԿԱ ԱՐԺԵՔԸ		
10. Երեխան ունի՞ Medicare կամ առողջության ապահովագրություն, օրինակ՝ Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS և այլն, որը վճարում է ձեռքը կամ ձեռքի գործատուն: Եթե «ԱՅՈ», թվարկեք ապահովագրական ծածկույթը			<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:		
11. Եթե երեխան մեղադրվել է որպես քրեական հանցագործություն կատարած չափահաս անձ, երեխան թաքնվում է կամ փախչում մ է օրենքից, որպեսզի խուսափի այդ քրեական հանցագործությունը կամ քրեական հանցագործության փորձ կատարելու համար դատական կարգով հետապնդումից, կայանավորումից կամ ազատագրելու միջ:			<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ		
12. Երեխան ընդհանուր իրավասության դատարանի կողմից մեղավոր ճանաչվել է կամ փորձաշրջանի կամ վաղաժամկետ ազատման պայմանների խախտման համար:			<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ		
13. A. Եթե Դուք կանխիկ դրամական օգնություն եք ստանում, ապա հնարավոր է, որ Ձեր ընտանիքի 21 տարեկանից ցածր տարիքի իրավունակ անդամները կարողանան բուժօգնություն անցնել Երեխաների առողջության և հաշմանդամության կանխարգելման ծրագրի (Child Health and Disability Prevention Program, CHDP) միջոցով:			ԱՅՈ	ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:
• Դուք ուզում եք լրացուցիչ փաստեր ստանալ CHDP ծառայությունների մասին:					<input type="checkbox"/> Referred for Immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:
• Դուք ցանկանում եք ստանալ անվճար CHDP բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայություններ:					
• Օգնություն կարիք ունե՞ք պայմանավորվածություններ ձեռք բերելու կամ բժշկի կամ ատամնաբույժի մոտ գնալու հարցում:					
B. Դուք ուզում եք լրացուցիչ փաստեր ստանալ կանխարգելիչ պատվաստման ծառայությունների մասին:					
C. Դուք ուզում եք փաստեր ստանալ խորհրդակցության անթույլատրելիության, ակնհոդի կամ թմրամիջոցների վերաբերյալ խորհրդակցության, անցյալ բժշկական ծախսերի և այլ հատուկ կարիքների մասին:					
D. Որևէ հղի անձ կարիք ունի՞ բժիշկ գտնելու, բուժիաստատություն փոխադրվելու և (կամ) այլ օգնություն ստանալու:					
E. Որևէ մեկը երեխային կրծքով կերակրում է: Եթե «ԱՅՈ», ծննդաբերությունը վերջին 12 ամսվա ընթացքում է եղել:					
F. Ուզում եք փաստեր կամ ծառայություններ ստանալ ընտանիքի պլանավորման կլինիկայից, որը Ձեզ կօգնի պլանավորել ընտանիքի կազմը և կանխել չնախատեսված հղիությունները:					

ՎԿԱՑԱԳԻՐ

Ես հասկանում եմ, որ՝

- Եթե միտումնալոր տրամադրում սխալ փաստեր կամ չգեղեցնել բոլոր փաստերի կամ իրավիճակների մասին, որոնք ազդում են իմ իրավունակության կամ օգնության վճարումների վրա, ապա կարող եմ տուգանվել, ազատագրվել կամ բանտարկվել, կամ երկուսը միասին: Ես կարող եմ տուգանվել կանխիկ դրամական օգնության դեպքում մինչև \$10,000, իսկ CalFresh նպաստների դեպքում՝ \$250,000: Ես կարող եմ ազատագրվել կամ բանտարկվել 3 տարի ժամկետով կանխիկ դրամական օգնության, և 20 տարի ժամկետով՝ CalFresh նպաստների դեպքում: Եվ կանխիկ դրամական օգնություն և CalFresh նպաստները կարող են դադարեցվել 6 ամիս, 12 ամիս, 2 տարի, 4 տարի, 5 տարի, 10 տարի, 20 տարի ժամկետով կամ ընդմիջ, իսկ Փախստականների տրվող դրամական օգնություն դեպքում՝ 3 ամիս և 6 ամիս:
- Իմ գործը կարող է ընտրվել ուսումնասիրման համար՝ իրավունակությունն ապացուցելու նպատակով, և ես պետք է լիովին համագործակցեմ շրջանային, նահանգային և դաշնային աշխատակազմի հետ որակի հսկման ցանկացած ուսումնասիրության ընթացքում:
- Փաստերը, որոնք տրամադրում են, ստուգվելու են տեղական, նահանգային և դաշնային աշխատակազմի կողմից:
- Վարչական շրջանը փաստերը կողարկի ԱՄՆ Քաղաքացիության և ներգաղթի ծառայություններ (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) ներգաղթային կարգավիճակն ապացուցելու համար:
- Փաստերը, որոնք վարչական շրջանը ստանում է USCIS-ից, կարող են ազդել կանխիկ դրամական օգնություն և CalFresh նպաստներ ստանալու իրավունակության վրա:
- Փաստերը, որոնք տրամադրում են, ստուգվելու են հարկային, սոցիալական և աշխատանքի տեղավորման գործակալությունների, դպրոցական շրջանների և Սոցիալական ապահովագրության վարչության կողմից ապացուցելու երեխայի կանխիկ դրամական օգնություն և (կամ) CalFresh նպաստներ ստանալու իրավունակությունը և հաստատելու, որ ես ճիշտ գումարի դրամական օգնություն կամ CalFresh նպաստ եմ ստանում: Եվ սոցիալական ապահովության քարտի համարը համապատասխանելու է իրավապահ մարմինների մատյաններում ձեռքարկության հրամանների վերաբերյալ տվյալներին:

Ես Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների և Կալիֆոռնիա նահանգի օրենքներով կեղծ վկայության համար սահմանված պատժի առի ներքո հայտարարում եմ, որ այս Փաստերի շարադրանքում պարունակվող տեղեկությունները ճշմարիտ են, ստույգ են և ավարտուն են:

ՈՎ ԴԵՏԷ Է ՍՏՈՐԱԳՐԻ ԱՅՍ ԶԵՎԸ. Կանխիկ դրամական օգնության համար՝ Դուք և օգնություն ստացող Ձեր ամուսինը, գրանցված քաղաքացիական գուզնկերը կամ մյուս ծնողը (կանխիկ դրամական օգնություն ստացող երեխաների), եթե նրանք ապրում են տանը: CalFresh-ի համար՝ կենցաղի չափահաս անդամը կամ լիազոր ներկայացուցիչը:

ԽՆԱՄՈՂ ԱԶԳԱԿԱՆԻ ԵՎ (ԿԱՄ) CALFRESH ԼՊԱՍՆՆԵՐ ՍՏԱՑՈՂ ԿԵՆՑԱՍԻ ԶՍՓԱՀԱՍ ԱՆՂԱՄԻ ԿԱՄ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՑԱՑՈՒՑՉԻ			ԱՄՍԱԹՎ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ			
ԿԱՆԽԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՑՈՂ ԱՍՈՒՄՆՈՒ ԿԱՄ ԳՐԱՆՑՎԱԾ ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԶՈՒԳՆԿԵՐՈՋ ԿԱՄ ՄՅՈՒՄ ԾՆՈՂԻ (ԿԱՆԽԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՑՈՂ ԵՐԵՆԱՅԻ) ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԵԹԷ ԼՐԱՔ ԱՊՐՈՒՄ ԵՆ ՏԱՐԸ			ԱՄՍԱԹՎ
ՆԵՄՆ ԴՆԵՆՈՒ ՎԿԱՑԻ, ԹԱՐԳՄԱՆՉԻ ԿԱՄ ԶԵՎԸ ԼՐԱՑՆՈՂ ԱՅԼ ԱՆՉ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ			ԱՄՍԱԹՎ

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)			IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (CW 101 / TEMP CW 101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor	