

ՓԱՍՏԵՐԻ ՀԱՐԱՂԻՄԱՆ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ԱՆՁԻ ՎԵՐԱԲԵՐՑԱԼ

(Լրացրե՛ք զիմում CalFresh նպաստներ ստանալու և խնդրանք կանխիկ դրամական օգնություն ստանալու համար)

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ. Լրացրեք այս ձևը և մեզ տեղեկացրեք տանը հայտնված նոր անձի մասին: Եթե հարցերին պատասխանելու համար ավելի շատ տեղ է հարկավոր, կցեք ևս մեկ թերթ: Լրացրեք բոլոր հարցերի պատասխաններն այն նպաստների վերաբերյալ, որոնց համար դիմում եք: Յուրաքանչյուր հարցի ձախ կողմում նշված "CA" հապավումը կանխիկ դրամական օգնության համար և "CF" հապավումը CalFresh ծրագրի (նախկինում «պարենային կտրոններ») նպաստների համար ցույց են տալիս, թե որ հարցերը որ ծրագրին են վերաբերում:

Եթե կանխիկ դրամական օգնություն եք ստանում և օգնություն եք ուզում նոր անձի համար, ապա այս ձևը պետք է լրացվի չափահաս խնամող ազգականի կողմից, ով ներկայումս կանխիկ դրամական օգնություն է ստանում, կամ նոր անձի կողմից, եթե նոր անձը երեխա չէ:

CalFresh նպաստներ ստացող ընտանիքների համար, որոնք չեն ստանում կանխիկ դրամական օգնություն կամ չեն ուզում կանխիկ դրամական օգնություն նոր անձի համար, այս ձևը կարող է լրացվել ընտանիքի անդամի, լիազոր ներկայացուցչի կամ նոր անձի կողմից:

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԼՐԱՑՆԵԼ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ ԵՎ ԹԱՆԱՔՈՎ

CA 1 Ձևը լրացնող անձի անունը (անուն, հայրանուն, ազգանուն)
CF

CA 2 Նշեք տանը հայտնված նոր անձանց, նաև՝ նորածին:
CF

ԱՆՈՒՆԸ (անուն հայրանուն ազգանուն)
ՔԱՂԱՔԱՑՈՒ ԿԱՄ ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑՈՒ
[ ] ԱՄՆ քաղաքացի կամ հպատակ
ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (✓)
[ ] ոչ քաղաքացի՝ հովանավորվող [ ] ԱՅՈ [ ] ՈՉ

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՆՎՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏԻ ՀԱՄԱՐԸ
ՏՆՆՅԱՆ ԹՎԱԿԱՆԸ
ՀՂԻ
[ ] ԱՅՈ [ ] ՈՉ
ՆԱՏՈՂԷ:
[ ] ԱՅՈ [ ] ՈՉ

ՏՆՆՅԱՆ ՎԱՅՐԸ (քաղաք/նահանգ/երկիր)
ՄԵՆԸ (✓)
[ ] Ա [ ] Ի
ԴՊՐՈՑԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (✓)
[ ] Ունի միջնակարգ դպրոցի ավարտական վկայական
[ ] Ունի ընդհանուր կրթության ատեստատ
[ ] Ներկայումս հաճախում է դպրոց
[ ] Դպրոց չի հաճախում (բացատրեք).

ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԴՐՈՒԹՅՈՒՆԸ
[ ] Ամուսնացած [ ] Երբևէ չամուսնացած [ ] Բաժանված
[ ] Ամուսնալուծված [ ] Ընդհանուր իրավունք [ ] Այրի
ԿՈՒՑԴ/ԽՈՒՐ/ՀԱԵՄԱՆԴԱՄ
[ ] ԱՅՈ [ ] ՈՉ

ԿԱՊ ՈՒՆԻ՝ ԴԻՄՈՂԻ, ԽՆԱՄՈՂԻ ԿԱՄ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԳԼԽԱՎՈՐԻ ՉԵՏ:
Եթե «ԱՅՈ», պարզաբանեք կապը.
[ ] ԱՅՈ [ ] ՈՉ
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ՈՐԵՎԷ ԱՅԼ ԱՆՈՒՆ (օրիորդական, որդեգրան և այլն)

ՊԱՆԱԶՎՈՂ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ (✓)
[ ] Կանխիկ դրամական օգնություն [ ] CalFresh

CA 3 Անցյալում նա դիմել է նպաստների համար կամ ստացել է նպաստներ, օրինակ՝ կանխիկ
CF դրամական օգնություն, CalFresh, անօթևաններին տրվող օգնություն, Medi-Cal (Կալիֆոռնիայի բժշկական օգնության ծրագիր) (Medi-Cal), Փախստականներին տրվող դրամական օգնություն:
Եթե «ԱՅՈ», պարզաբանեք.
[ ] ԱՅՈ [ ] ՈՉ

Ե՛ՐԲ
ՈՐՏԵ՛Ղ (վարչական շրջան, նահանգ կամ երկիր)
ՆՊԱՍՏԻ ՏԵՍԱԿԸ

CA 4 Նա 19-ից ցածր տարիքի երեխա՞ է: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.
CF [ ] ԱՅՈ [ ] ՈՉ

ՏՆՈՂԻ ԿԱՄ ԽՆԱՄՈՂ
ԱԶԳԱԿԱՆ ԱՆՈՒՆԸ (✓) Ապրում է տանը
ՄՅՈՒՄ ՏՆՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ (✓) Ապրում է տանը
Մյուս ծնողի՝ տանը չապրելու պատճառը
Երեխան օգնության կարիք ունի, որովհետև ծնողը (նշեք բոլոր կիրառելի վանդակները՝)
[ ] բացակա է
[ ] գործազուրկ է
[ ] անկարող է
[ ] մահացել է

CA 5 Նա եղել է ԱՄՆ զինվորական ծառայության մեջ կամ հանդիսանում է ամուսին,
CF ծնող կամ երեխա մի անձի, ով եղել է զինվորական ծառայության մեջ: Եթե «ԱՅՈ», պարզաբանեք.
[ ] ԱՅՈ [ ] ՈՉ

ՆԵԵՔ ՕՏՈՒՑՈՒԹՅԱՆ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ, ԶՈՐԱՏԵՍԱԿԸ ԵՎ ԱՅԼ:
ԶՈՐԱՑՐՈՒՄ ԴՐԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹՅԱՐՈՎ
[ ] ԱՅՈ [ ] ՈՉ

CA 6 Նա ներկայումս ապրո՞ւմ է Կալիֆոռնիայում և մտադի՞ր է շարունակել ապրել այնտեղ:
CF Եթե «ՈՉ», պարզաբանեք.
[ ] ԱՅՈ [ ] ՈՉ

ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԵՆՁԱՆԻ ԳՐԱՄԵՏԱԿԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ
CASE NAME
CASE NUMBER
WORKER NAME
WORKER NUMBER
DATE RECEIVED

VERIFIED: YES NO
SSN
CF ID
Blind/Deaf/Disabled Residency
DFA 285-C Comp.
CW 25 Completed
QR 25 A Completed
Referred to WTW
Citizen
Eligible Non-citizen
Sponsored
SAVE
Date of Entry to U.S.
Excluded HH Member Code
Work/Training/WTW Code

VERIFIED: Deprivation [ ] YES [ ] NO

CW 5 [ ] YES [ ] NO
Date Initiated \_\_\_\_\_

CA CF	7	Նա տանը ապրող որդեգրված երեխա՞ է:	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ	<b>ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆԻ ԳՐԱՍԵՆՑԱԿԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ</b> 7A: <input type="checkbox"/> Request dependency order 7B: CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP 7C: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service
	A.	Արդյո՞ք այդ երեխան Չեր տուն է տեղափոխվել դատարանի խնամառության մասին կարգադրությամբ:	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ	
	B.	Դուք ուզո՞ւմ եք, որ որդեգրված երեխան և հովանավորյալ խնամքի եկամուտը հաշվի առնվեն CalFresh գործի մեջ:	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ	
	C.	Երեխան ընդգրկվա՞ծ է առողջապահական ծրագրում:	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ	

CA CF	8	A.	Նա 16 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի՞ է և գրանցվա՞ծ է դպրոցում, քոլեջում կամ վերապատրաստման ծրագրում: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ	<b>VERIFIED:</b> School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
			<table border="1"> <tr> <td>ԴՊՐՈՑԻ, ՔՈՒՆԵՑԻ ԿԱՄ ՎԵՐԱԳՐԱՏՐԱՍՏՄԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ</td> <td>ԵԱԲԱԹԱԿԱՆ ԴԱՄԵՐԻ ԿԱՄ ԺԱՄԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ</td> <td>ԱՎԱՐՏՄԱՆ ՍՊԱՍՎՈՂ ԹՎԱԿԱՆԸ</td> <td>ԱՇԽԱՏՈՒՄ Է <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ</td> </tr> </table>	ԴՊՐՈՑԻ, ՔՈՒՆԵՑԻ ԿԱՄ ՎԵՐԱԳՐԱՏՐԱՍՏՄԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	ԵԱԲԱԹԱԿԱՆ ԴԱՄԵՐԻ ԿԱՄ ԺԱՄԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ		ԱՎԱՐՏՄԱՆ ՍՊԱՍՎՈՂ ԹՎԱԿԱՆԸ	ԱՇԽԱՏՈՒՄ Է <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	
ԴՊՐՈՑԻ, ՔՈՒՆԵՑԻ ԿԱՄ ՎԵՐԱԳՐԱՏՐԱՍՏՄԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	ԵԱԲԱԹԱԿԱՆ ԴԱՄԵՐԻ ԿԱՄ ԺԱՄԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ	ԱՎԱՐՏՄԱՆ ՍՊԱՍՎՈՂ ԹՎԱԿԱՆԸ	ԱՇԽԱՏՈՒՄ Է <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ						

CA CF	B.	Լրացրեք ստորև, եթե նա գրանցված է քոլեջում կամ հաճախում է նմանատիպ կրթական հաստատություն:			<b>VERIFIED:</b> Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
		<table border="1"> <tr> <td>ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆ</td> <td>ՄԵԿ ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆԻ ՈՒՍՄԱՆ ՎԱՐՉԸ ԿԱՄ ՎՃԱՐԸ</td> <td>ՄԵԿ ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆԻ ՀԱՄԱՐ ԱՆՃՐԱԹԵՑ ԳՐՔԵՐ, ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԱՅՆՆ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Կիսամյակ <input type="checkbox"/> Տարի <input type="checkbox"/> Եռամյակ</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table>	ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆ	ՄԵԿ ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆԻ ՈՒՍՄԱՆ ՎԱՐՉԸ ԿԱՄ ՎՃԱՐԸ		ՄԵԿ ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆԻ ՀԱՄԱՐ ԱՆՃՐԱԹԵՑ ԳՐՔԵՐ, ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԱՅՆՆ	<input type="checkbox"/> Կիսամյակ <input type="checkbox"/> Տարի <input type="checkbox"/> Եռամյակ	\$	\$		
ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆ	ՄԵԿ ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆԻ ՈՒՍՄԱՆ ՎԱՐՉԸ ԿԱՄ ՎՃԱՐԸ	ՄԵԿ ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆԻ ՀԱՄԱՐ ԱՆՃՐԱԹԵՑ ԳՐՔԵՐ, ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԱՅՆՆ									
<input type="checkbox"/> Կիսամյակ <input type="checkbox"/> Տարի <input type="checkbox"/> Եռամյակ	\$	\$									
		ՕՐԱԿԱՆ ԵՐԹՈՒԴԱՐՉԸ ԴՊՐՈՑ ԿԱՄ ԵՐԵՆԱՅԻ ՆԱՄՔԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆ (ՄՂՈՆ)	ՀԱՃԱՄՄԱՆ ՕՐԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ ՄԵԿ ԵԱԲԱԹՈՒՄ	ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ՓՈՆԵՐԿԱՄԻՋՈՑԸ							
		ԵԱԲԱԹԱԿԱՆ ՏՐԱՍՊՈՐՏԱՅԻՆ ԾԱՄԱՐ	ԾԱՌԱՅՈՂԱԿԱՆ ՏՐԱՍՊՈՐՏԱՅԻՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ՎՃԱՐՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ	ՕՐԱԿԱՆ ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՏՐԱՍՊՈՐՏ (ԱՎՏՈՒՄ ԵՎ ԱՅՆՆ)							

CA CF	9	Նրա կանխիկ դրամական օգնությունը կամ CalFresh-ը դադարեցվե՞լ է որոշ ժամանակով կամ ընդմիջտ հետևյալ պատճառներով՝ անհամագործակցություն որակի հսկման ուսումնասիրության ընթացքում, աշխատանքի կամ վերապատրաստման դասընթացի պատժամիջոցներ կամ սոցիալական նպաստներին առնչվող խարդախություն կամ ծրագրի միտումնավոր խախտում: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ			
		<table border="1"> <tr> <td>ԽՉՈՒ՞</td> <td>ԵՐՔ</td> <td>Ո՞ր ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆՈՒՄ ԿԱՄ ՆԱՆԱԳՈՒՄ</td> </tr> </table>	ԽՉՈՒ՞	ԵՐՔ	Ո՞ր ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆՈՒՄ ԿԱՄ ՆԱՆԱԳՈՒՄ		
ԽՉՈՒ՞	ԵՐՔ	Ո՞ր ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆՈՒՄ ԿԱՄ ՆԱՆԱԳՈՒՄ					

CA CF	10	Ընտանիքի որևէ անդամ թաքնվո՞ւմ է կամ փախչո՞ւմ է օրենքից, որպեսզի խուսափի քրեական հանցագործություն կամ քրեական հանցագործության փորձ կատարելու համար դատական կարգով հետապնդումից, կալանավորումից կամ ազատազրկումից: Եթե «ԱՅՈ», նշեք անձի անունը՝	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ
----------	----	---	------------------------------	-----------------------------

CA CF	11	Ընտանիքի որևէ անդամ ընդհանուր իրավասության դատարանի կողմից մեղավոր ճանաչվե՞լ է փորձաշրջանի կամ վաղաժամկետ ազատման պայմանների խախտման համար: Եթե «ԱՅՈ», նշեք անձի անունը՝	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ
----------	----	--	------------------------------	-----------------------------

CF	12	Նա կանոնավորապես գնո՞ւմ է սննդամթերք և պատրաստո՞ւմ է կերակուրներ տան մյուս անդամներից առանձին:	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
----	----	--	------------------------------	-----------------------------	---

CF	13	Նա 60 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի՞ է և ի վիճակի չե՞լ ինքնուրույն սնունդ գնել ու կերակուր պատրաստել հաշմանդամության պատճառով:	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
----	----	---	------------------------------	-----------------------------	---

CF	14	Նա վճարո՞ւմ է կերակուրների և (կամ) սենյակի համար:	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Household Elects</th> </tr> <tr> <td>BOARDER</td> <td>HH MEMBER</td> <td>ROOMER</td> </tr> </table>	Household Elects			BOARDER	HH MEMBER	ROOMER	
Household Elects												
BOARDER	HH MEMBER	ROOMER										
		<table border="1"> <tr> <td>ՆՇԵՔ (✓)</td> <td>ՈՐՔԱՆ</td> <td>ԻՆՉ ՀԱՃԱՄԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ</td> <td>ՕՐԱԿԱՆ ԿԵՐԱԿՈՒՐՆԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> կերակուրներ <input type="checkbox"/> սենյակ <input type="checkbox"/> երկուսն էլ</td> <td>\$</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ՆՇԵՔ (✓)	ՈՐՔԱՆ	ԻՆՉ ՀԱՃԱՄԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ	ՕՐԱԿԱՆ ԿԵՐԱԿՈՒՐՆԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ	<input type="checkbox"/> կերակուրներ <input type="checkbox"/> սենյակ <input type="checkbox"/> երկուսն էլ	\$				
ՆՇԵՔ (✓)	ՈՐՔԱՆ	ԻՆՉ ՀԱՃԱՄԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ	ՕՐԱԿԱՆ ԿԵՐԱԿՈՒՐՆԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ									
<input type="checkbox"/> կերակուրներ <input type="checkbox"/> սենյակ <input type="checkbox"/> երկուսն էլ	\$											

CF	15	Նա սնունդ ստանո՞ւմ է հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկից: • Համայնքային ճաշարան տարեց կամ հաշմանդամ անձանց համար • Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիայի կողմից իրականացվող սննդամթերքի բաշխման ծրագիր • Այլ պարենային ծրագիր Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ
----	----	--	------------------------------	-----------------------------

ԾՐԱԳՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ					
------------------	--	--	--	--	--

CA CF	16	Նա հիմա աշխատում է կամ ակնկալում է աշխատանք ապագայում: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ ստորև: Կցեք աշխատավարձի վճարման անդորրագրեր կամ վաստակը հաստատող այլ փաստաթղթեր: Եթե աշխատանքը դեռ չի սկսվել, ե քբ է մեկնարկի ապաստիղ թվականը: _____ (Օտանոթություն, ինքնագրաղ լինելու դեպքում ձեռնարկատիրական ծախսերը թվարկեր առանձին թերթի վրա և այն կցեք այս ձևաթղթին):	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<b>ՄԻԱՅՈՒՆ ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԵՐՁԱՆԻ ԳՐԱՄԵՑԱԿԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ</b>  <input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF Adult <input type="checkbox"/> CF Child  CF S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՐԸ		ԻՆՔՆԱԶՔԱՐԿ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	ԶԲԱՐՄՈՒՆՔԸ	ԱՄՍԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱՑ ՕՐԵՐԻ ԿԱՄ ԺԱՄԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ			
ՎՃԱՐՄԱՆ ՕՐ(ԵՐ)		ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՉԵՐԻ ՊԱՀՈՒՄԵՐԻՑ ԱՈՍԱԶ \$	ԹԵՑԱՎՃԱՐՆԵՐ ԿԱՄ ՄԻՋՆՈՐԴԱՎՃԱՐՆԵՐ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> Գումարը \$ <input type="checkbox"/> ՈՉ	Verification(s) on file: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Այս եկամուտը շարունակվելու է: <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ Եթե «ՈՉ», փոփոխությունները պարզաբանեք այստեղ.					Child Care Informing Given to Client:		
CA CF	17	A. Նա որևէ մեկին վճարում է երեխայի, անաշխատունակ չափահասի կամ այլ խնամարկյալի խնամքի համար, որպեսզի կարողանա գնալ աշխատանքի կամ վերապատրաստման կամ գործ փնտրելու: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.		<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	Trustline Informing (CCP 2) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Health & Safety Certification (CCP 5) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
ԽԱՄՔ ՍՏՏՅՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՐԸ		ԽԱՄՍՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՐԸ	ԱՄՍԱԿԱՆ ՎՃԱՐՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ \$	Dependent Care Eligible			
ԽԱՄՔ ՍՏՏՅՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՐԸ		ԽԱՄՍՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՐԸ	ԱՄՍԱԿԱՆ ՎՃԱՐՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ \$	CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
CA CF	B.	Ինչ-որ մեկը նրա փոխարեն վճարում է երեխայի խնամքի ծախսերը: Ներառեք ծախսերը, որոնք ներառեք ծախսերը, որոնք վճարում է ազգականը կամ ընկերը, Կրթության նախարարությունը, Ուսանողների օգնության ֆոնդը (Student Aid), Նպատակային դրամաշնորհը (Block Grant), Cal-Learn-ը (Կալիֆորնիա նահանգի նպաստ ստացող անչափահաս ծնողների նյութական օգնության ծրագիր), TCC-ը (Երեխայի խնամքի օգնության ծրագիր), NET-ը («Լավագույն ուղիներ դեպի անկախություն» ծրագրին չառնչվող Կրթության և վերապատրաստման ծրագիր), WTW-ը (Մոնիթորինգի ապահովությունից դեպի աշխատանք), SCC-ը (Երեխաների խնամքի օժանդակ ծրագիր), CAAP-ը (Կալիֆորնիա նահանգի այլընտրանքային օգնության ծրագիր) և այլն: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.		<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ			
ԵՐԵՆԱՅԻ ԱՆՈՒՐԸ		ՎՃԱՐՈՂԸ	ԱՄՍԱԿԱՆ ՎՃԱՐՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ \$				
ԵՐԵՆԱՅԻ ԱՆՈՒՐԸ		ՎՃԱՐՈՂԸ	ԱՄՍԱԿԱՆ ՎՃԱՐՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ \$				
CA CF	18	Նա վերջին 60 օրում դադարեցրել է կամ մերժել է աշխատանքը կամ վերապատրաստման դասընթացը: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.		<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	YES NO		
ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԿԱՄ ՎԵՐԱՊԱՏՐԱՏՄԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ԱՎԱՆՈՒՄԸ ԵՎ ՀԱՅՅՆ		Այդ անձը ստացել է կամ ակնկալում է ստանալ աշխատավարձեր կամ նպաստներ այս ամիս: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև: <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	ԳՈՒՄԱՐԸ ՊԱՀՈՒՄԵՐԻՑ ԱՈՍԱԶ \$	Emp. Statement			
		ՎԵՐՋԻՆ ԱՎԱՄ ՍՏՏՅՈՑ ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՉԸ (ԹՎԱԿԱՆ)	ԳՈՒՄԱՐԸ ՊԱՀՈՒՄԵՐԻՑ ԱՈՍԱԶ \$	Good Cause Determ			
		ԱՎՎԱՐՎՈՂ ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՉԸ (ԹՎԱԿԱՆ)	ԳՈՒՄԱՐԸ ՊԱՀՈՒՄԵՐԻՑ ԱՈՍԱԶ \$	Voluntary Quit			
ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԿԱՄ ՎԵՐԱՊԱՏՐԱՏՄԱՆ ԺԱՄԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ		ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԿԱՄ ՎԵՐԱՊԱՏՐԱՏՄԱՆ ՎԵՐՋԻՆ ՕՐԸ	ԹԵՑԱՎՃԱՐՆԵՐ ԿԱՄ ՄԻՋՆՈՐԴԱՎՃԱՐՆԵՐ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> Գումարը \$ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<input type="checkbox"/> CA: 30 days			
Վերջին ամիսը _____		ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ԿԱՄ ՎԵՐԱՊԱՏՐԱՏՄԱՆ ԼՔԵՆՈՒ ՊԱՏՃԱՆԸ		<input type="checkbox"/> CF: 60 days			
Այս ամիս _____							
CA CF	19	Նա գործադուլի մեջ է: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.		<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	Striker Regs Apply		
ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԿԱՄ ՎԵՐԱՊԱՏՐԱՏՄԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ԱՎԱՆՈՒՄԸ ԵՎ ՀԱՅՅՆ		ԱՐՀՄԻՈՒԹՅԱՆ ԱՎԱՆՈՒՄԸ		CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
		ԳՈՐԾԱՐՈՒՄԻ ԳՆԱՆՈՒ ԹՎԱԿԱՆԸ					
		ԳՈՐԾԱՐՈՒՄԻՑ ԱՈՍԱԶ ԱՅՍ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻՑ ՎՄՍԱԿԱՑ ԱՄՍԱԿԱՆ ՀԱՄԱՍՈՒՆ ԵՎԱՍՈՒՄԸ \$					
CF	20	Նա վճարում է երեխայի կամ ամուսնու ապրուստավճար: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.		<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	Court Order on File <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
ԵՐԵՆԱՅԻ ԿԱՄ ԱՍՈՒՄՆՈՒ ԱՆՈՒՐԸ		ԱՄՍԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐԸ \$	ԴԱՏԱՐԱՆԻ ՈՐՈՇՄԱՄԲ ՄԱՀՄԱՎԱՑ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	Amount Ordered \$			
CA CF	21	Վերջին 12 ամսում նա դիմել է այլ նպաստների համար կամ ստացել է նպաստներ, որիննակ սոցիալական ապահովագրություն, գործազրկության կամ հաշմանդամության ապահովագրություն, կանխիկ դրամական օգնություն, երեխայի կամ ամուսնու ապրուստավճար, վետերանների նպաստներ, անվճար բնակարան, անվճար կենցաղային ծառայություններ և այլն: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.		<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ			
ՆՊԱՍՏԻ ՏԵՍԱԿԸ	ԳՈՒՄԱՐԸ	ԴԻՄՈՒՄԻ ԹՎԱԿԱՆԸ	ՈՐՏԵՐ (ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆԱՆԱՆԱԳ)	ՎԵՐՋԻՆ ՍՏՏՅՈՑ ԹՎԱԿԱՆԸ	ՀԱՃԱՍԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ (շաբաթը մեկ, ամիսը մեկ և այլն)	ՄԵՎՈՐԿԻ ԿԱՄ ԴԱՐԱՐԵՑՄԱՆ ՄՊԱՎՈՂ ԹՎԱԿԱՆԸ	(✓) if Exempt CA CF
\$						ՄԵՎՈՐԿԻ ԴԱՐԱՐԵՑՈՒՄ	
Այս եկամուտը շարունակվելու է: <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ Եթե «ՈՉ», փոփոխությունները պարզաբանեք այստեղ.							

CA (22) Նա որպես սեփականություն ունի՞ կամ գնու՞մ է որևէ անշարժ գույք, օրինակ՝  ԱՅՈ  ՈՉ

CF հող և (կամ) շենքեր որևէ տեղ, ներառյալ ԱՄՆ-ի սահմաններից դուրս:  
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ՏԵՍԱԿԸ (ՀՈՂ, ՏՈՒՆ, ԲՆԱԿԱՐԱՆ ԵՎ ԱՅԼՆ)	ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄԸ (ՏՈՒՆ, ՎԱՐՉՈՎ ՏՐՎՈՂ ԲՆԱԿԱՐԱՆ ԵՎ ԱՅԼՆ)	ՀԱՍՅԵՆ ԿԱՄ ԳՏԱՎԵԼՈՒ ԿԱՅՐԸ	ԳՆԱՀԱՏՎՈՂ ԱՐԺԵՔԸ	ՊԱՐՏԵՒ ՉԱՓԸ
			\$	\$

Other Real Property  
Market Value \$ \_\_\_\_\_  
Amount Owed \$ \_\_\_\_\_  
Net Value \$ \_\_\_\_\_  
Lien Applicable  Yes  No

CA (23) A. Նա ունի՞ հետևյալ միջոցներից որևէ մեկը:  ԱՅՈ  ՈՉ

CF Եթե «ԱՅՈ», նշեք (✓) յուրաքանչյուր միջոցը և բացատրեք ստորև.

ՄԻՋՈՑԸ	ԱՅՈ	ՈՉ	ՄԻՋՈՑԸ	ԱՅՈ	ՈՉ
Վճարագրեր կամ փող (տանը կամ այլ տեղ)			Հավատարմագրային ֆոնդեր		
Ընթացիկ չեկային, խնայողական կամ վարկային միության հաշիվ			Բաժնետոմսեր, պարտատոմսեր, ավանդագրեր, անհատական կենսաթոշակային հաշիվներ (IRA), կենսաթոշակային ֆոնդեր		
Պարտավորյալներ, գրավադրման փոխառություններ, սեփականությունը կառավարելու վստահագրեր, վաճառքի պայմանագրեր			Այլ (թվարկեք ստորև)		

ՄԻՋՈՑԻ ՏԵՍԱԿԸ	ՏԵՓԱԿԱՆՍԵՐԸ	ՀԱՇՎԻ ԿԱՄ ԱՊԱՀՈՎԱԿՐԻ ՀԱՄԱՐԸ	ԲԱՆԿԻ ԵՎ ԱՅԼ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՎԱՆՈՒՄԸ ԵՎ ՀԱՍՅԵՆ	ՆԵՐԿԱ ԱՐԺԵՔԸ	(✓) if Exempt CA	CF
				\$		
				\$		

CA B. Նա այդ միջոցներից որևէ մեկից ստանու՞մ է եկամուտ, օրինակ՝ տոկոս,  ԱՅՈ  ՈՉ

CF շահաբաժիններ և այլն:  
Եթե «ԱՅՈ», նշեք յուրաքանչյուր եկամուտը և բացատրեք ստորև.

ՓՈՐԻ ԱՐՔՅՈՒՐԸ	ՈՐՔՄՆ	ԻՆՉ ՀԱՃԱՅՄԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ
	\$	
	\$	

CA (24) Նա որպես սեփականություն ունի՞, վարձակալու՞մ է կամ օգտագործու՞մ է շարժիչավոր  ԱՅՈ  ՈՉ

CF փոխադրամիջոցներ, օրինակ՝ ավտոմեքենա, բեռնատար, մոտորանավակ, կցասայլ, ավտոֆուրգոն, շարժական տուն, արտաճանապարհային փոխադրամիջոց (ATV), մոտոցիկլետ, հիդրոցիկլետներ, ջրային մոտոցիկլետներ և այլն:  
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ՏԵՓԱԿԱՆՍԵՐԸ ԱՆՈՒՆ ԵՐԵ ԵՐԵ ՎԱՐՉԱԿԱՎԱԾ Ե, ՆԵՔ (✓)	ԻՉՊԵՍ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄ	ՏԱՐԻ, ՄԱԿԻՇԸ, ՄՈՂԵԸ	ՀԱՄԱՐԱԽԵՇ ԵՎ ԳՐԱՑՄԱՆ ՆԱՀԱՆԱԿԸ	ՎԱՐՉԱԿԱՎԱԾ (✓)	ԳՆԱՀԱՏՎՈՂ ԱՐԺԵՔԸ	ՊԱՐՏԵՒ ՄԱՅՈՐԸ
<input type="checkbox"/> Վարձակալված				<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	\$	\$

(✓) If Exempt Leased Vehicle Valuation  
 Exempt Leased

CA (25) Նա որպես սեփականություն ունի՞ կամ օգտագործու՞մ է անձնական սեփականություն,  ԱՅՈ  ՈՉ

CF որից յուրաքանչյուրն արժեցել է առնվազն \$100, կամ յուրաքանչյուրն այժմ արժի առնվազն \$100, օրինակ՝ ոսկեղեն, սարքավորումներ, գործիքներ, ընտանի անասուններ և այլն:  
Մի թվարկեք հազուստեղենը, ամուսնական մատանիները, գորգերը, կահույքը, կենցաղային սարքերը կամ այլ տնային իրեր:  
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ՏԵՓԱԿԱՆՍԵՐԸ	ԱՆՈՐԿԱՅԻ ԱՎԱՆՈՒՄԸ	ԳՆՄԱՆ ԹՎԱԿԱՆԸ	ԳՆՄԱՆ ԳԻՆԸ ԿԱՄ ՆԵՐԿԱ ԱՐԺԵՔԸ	ՊԱՐՏԵՒ ՄԱՅՈՐԸ
			\$	\$
			\$	\$

Owned Jointly  
 Owned Separately  
Net Market Value \$ \_\_\_\_\_

CA (26) Նա վաճառել, փոխանցել կամ նվիրաբերել է որևէ անշարժ գույք կամ անձնական  ԱՅՈ  ՈՉ

CF սեփականություն. կանխիկ դրամական օգնության դեպքում՝ վերջին 2 տարում, իսկ CalFresh-ի դեպքում՝ վերջին 3 ամսում:  
Եթե «ԱՅՈ», պարզաբանեք ստորև.

Closed Bank Accounts:  
 CalFresh in last 3 months

CA (27) Նա ունի՞ հետևյալ ապահովագրական ծածկույթներից որևէ մեկը՝ կյանքի, թաղման,  ԱՅՈ  ՈՉ

CF հաշմանդամության կամ հիպոտեկային վարկերի ապահովագրություն:  
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՎԱՆՈՒՄԸ	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԻ ՀԱՄԱՐԸ	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՎՃԱՐԻ ՎՃԱՐՈՂԸ (ԱՆՈՒՆԸ)	ՎՃԱՐՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ
			\$

Total CSV (1) \_\_\_\_\_  
(2) \_\_\_\_\_  
Total Countable Property:  
Items 22-27  
CA \$ \_\_\_\_\_  
CF \$ \_\_\_\_\_

CA (28) Նա ունի՞ առողջության կամ հոսպիտալացման ապահովագրություն, ներառյալ  ԱՅՈ  ՈՉ

CF ապահովագրություն, որը վճարում է գործատուն կամ բացակա ծնողը, օրինակ՝ Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, Medicare և այլն:  
Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՎԱՆՈՒՄԸ	ԱՎԱՐՏԻ ԺԱՄԿԵՏԸ	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՎՃԱՐԻ ԳՈՒՄԱՐԸ	ԻՆՉ ՀԱՃԱՅՄԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ ԵՎ ՎՃԱՐՎՈՒՄ
		\$	

Health Care Options Explanation Given Referral \_\_\_\_\_  
NA \_\_\_\_\_  
 DHS 6155  
 DFA 285-C  
Medicare Gross Premium \$ \_\_\_\_\_

CA	(29)	Այս ամիս կամ այս ամսից երեք ամիս առաջ նա ստացել է բուժում հղիության շրջանում կամ որևէ բուժօգնություն: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<b>ՄԻՋՆԱԿԱՐԳՄԱՆ ԵՐՁԱՆԻ ԳՐԱՆՆԵՑԱԿԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ</b> Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">ԽՆԱՄՔ ՍՏԱՅՈՂ ԱՉԻ ԱՆՈՒՆԸ</th> <th style="width: 25%;">ԽՆԱՄՔԻ ԱՄԻՍՆԵՐԸ</th> <th colspan="2" style="width: 25%;">ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԿՃԱՐՈՒՄ ԿԱՏԱՐՎԵՒ Է:</th> <th colspan="2" style="width: 25%;">ՈՒՋՈՒՄ Է՞՞ MEDICAL ՍՅՐ ԱՄԻՍՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ:</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="font-size: x-small;">ԱՅՈ</td> <td style="font-size: x-small;">ՈՉ</td> <td style="font-size: x-small;">ԱՅՈ</td> <td style="font-size: x-small;">ՈՉ</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ԽՆԱՄՔ ՍՏԱՅՈՂ ԱՉԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԽՆԱՄՔԻ ԱՄԻՍՆԵՐԸ	ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԿՃԱՐՈՒՄ ԿԱՏԱՐՎԵՒ Է:		ՈՒՋՈՒՄ Է՞՞ MEDICAL ՍՅՐ ԱՄԻՍՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ:				ԱՅՈ	ՈՉ	ԱՅՈ	ՈՉ																				
ԽՆԱՄՔ ՍՏԱՅՈՂ ԱՉԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԽՆԱՄՔԻ ԱՄԻՍՆԵՐԸ	ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԿՃԱՐՈՒՄ ԿԱՏԱՐՎԵՒ Է:		ՈՒՋՈՒՄ Է՞՞ MEDICAL ՍՅՐ ԱՄԻՍՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ:																														
		ԱՅՈ	ՈՉ	ԱՅՈ	ՈՉ																													
CA	(30)	Նա ծնողի, գործատուի կամ բացակա ծնողի կողմից ունի՞ առողջության ապահովագրություն, որի համար դիմում չի ներկայացվել: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<input type="checkbox"/> DHS 6155																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՆՎՈՒՆԻՍԸ</th> <th style="width: 33%;">ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԿՃԱՐԻ ԳՈՒՄԱՐԸ</th> <th style="width: 33%;">ԻՆՉ ՀԱՃԱՍԿԱՆՈՒԹՅԱՄՔ Է ԿՃԱՐՎՈՒՄ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> </table>	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՆՎՈՒՆԻՍԸ	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԿՃԱՐԻ ԳՈՒՄԱՐԸ	ԻՆՉ ՀԱՃԱՍԿԱՆՈՒԹՅԱՄՔ Է ԿՃԱՐՎՈՒՄ		\$			\$																								
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՆՎՈՒՆԻՍԸ	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԿՃԱՐԻ ԳՈՒՄԱՐԸ	ԻՆՉ ՀԱՃԱՍԿԱՆՈՒԹՅԱՄՔ Է ԿՃԱՐՎՈՒՄ																																
	\$																																	
	\$																																	
CA	(31)	Նա մարմնական վնասվածքի կամ դժբախտ պատահարի հետևանքով ունի՞ հաշմանդամություն, որը նրա համար դժվար է դարձնում աշխատելը կամ իր կարիքները հոգալը: Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև.	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	VERIFIED: Higher/Lower MAP <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">ԽՆԴԻՆ ՏԵՍԱԿԸ</th> <th style="width: 33%;">ԽՆԴԻՆ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ԹՎԱԿԱՆԸ</th> <th style="width: 33%;">ԱՊԱԲԻՆՄԱՆ ՄՊԱՍՎՈՂ ԹՎԱԿԱՆԸ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ԽՆԴԻՆ ՏԵՍԱԿԸ	ԽՆԴԻՆ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ԹՎԱԿԱՆԸ	ԱՊԱԲԻՆՄԱՆ ՄՊԱՍՎՈՂ ԹՎԱԿԱՆԸ																													
ԽՆԴԻՆ ՏԵՍԱԿԸ	ԽՆԴԻՆ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ԹՎԱԿԱՆԸ	ԱՊԱԲԻՆՄԱՆ ՄՊԱՍՎՈՂ ԹՎԱԿԱՆԸ																																
CA	(32)	A. Նա ունի՞ առողջական վիճակ(ներ) կամ իրավիճակ(ներ), որը պահանջում է ստորև նշվածներից ցանկացածը: Լշեք (✓) յուրաքանչյուրը ԱՅՈ կամ ՈՉ՝		CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____ VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C																														
CF																																		
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%;">ԱՅՈ</th> <th style="width: 10%;">ՈՉ</th> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%;">ԱՅՈ</th> <th style="width: 10%;">ՈՉ</th> </tr> <tr> <td>Բժշկի նշանակած հատուկ սննդակարգ</td> <td></td> <td></td> <td>Կենցաղային ծառայությունների օգտագործում շատ մեծ չափով</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Հատուկ տրանսպորտային միջոցի կարիք</td> <td></td> <td></td> <td>Լվացքատան հատուկ ծառայություն</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Հատուկ հեռախոս կամ այլ սարքավորում</td> <td></td> <td></td> <td>Այլ (նշեք):</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Տան գործեր (տան անդամներից ոչ ոք դա չի կարող անել)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Եթե «ԱՅՈ», պարզաբանեք.		ԱՅՈ	ՈՉ		ԱՅՈ	ՈՉ	Բժշկի նշանակած հատուկ սննդակարգ			Կենցաղային ծառայությունների օգտագործում շատ մեծ չափով			Հատուկ տրանսպորտային միջոցի կարիք			Լվացքատան հատուկ ծառայություն			Հատուկ հեռախոս կամ այլ սարքավորում			Այլ (նշեք):			Տան գործեր (տան անդամներից ոչ ոք դա չի կարող անել)							
	ԱՅՈ	ՈՉ		ԱՅՈ	ՈՉ																													
Բժշկի նշանակած հատուկ սննդակարգ			Կենցաղային ծառայությունների օգտագործում շատ մեծ չափով																															
Հատուկ տրանսպորտային միջոցի կարիք			Լվացքատան հատուկ ծառայություն																															
Հատուկ հեռախոս կամ այլ սարքավորում			Այլ (նշեք):																															
Տան գործեր (տան անդամներից ոչ ոք դա չի կարող անել)																																		
CA		B. Նա ստանում է Տնային աջակցության ծառայություններ (In-Home Supportive Services, IHSS): Եթե «ԱՅՈ», որքան է նա վճարում ամեն ամիս: \$ _____	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	<input type="checkbox"/> DFA 285-C																														
CF																																		
CA	(33)	Հասանելի են հետևյալ ծառայությունները: Այս հարցերին Ձեզ կամ ընտանիքի որևէ անդամի համար տրված պատասխանները չեն ազդի Ձեր իրավունակության վրա: Լշեք (✓) յուրաքանչյուրը ԱՅՈ կամ ՈՉ:		<input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ <input type="checkbox"/> Referral																														
		A. Պահանջի դեպքում Ձեր ընտանիքի առողջության պահպանությանը նպաստելու նպատակով կանոնավորապես կատարվող ստուգումներ են հասանելի «Երեխաների առողջության և հաշմանդամության կանխարգելման ծրագրի» (Child Health and Disability Prevention program, CHDP) միջոցով այն անդամների համար, ովքեր համապատասխանում են ծրագրի պահանջներին և 21 տարեկանից ցածր տարիքի են: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Դուք ուզում եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ CHDP ծառայությունների մասին: . . . . .</li> <li>• Դուք ցանկանում եք CHDP բժշկական ծառայություններ: . . . . .</li> <li>• Դուք ցանկանում եք CHDP ատամնաբուժական ծառայություններ: . . . . .</li> <li>• Օգնության կարիք ունե՞ք պայմանավորվածությունների ձեռքբերման կամ CHDP ծառայություններ հասնելու համար փոխադրամիջոցով ապահովման հարցերով: . . . . .</li> </ul>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">ԱՅՈ</th> <th style="width: 50%;">ՈՉ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ԱՅՈ	ՈՉ																													
ԱՅՈ	ՈՉ																																	
		B. Եթե ընտանիքում որևէ մեկը հղի է, կարող եք օգնություն ստանալ բժիշկ գտնելու, առողջ սնունդ կամ այլ օգնություն ստանալու հարցով: Ուզում եք ինչ-որ մեկի հետ խոսել այդ օգնության մասին:																																
		C. Ընտանիքում որևէ մեկը երեխային կրծքով կերակրում է: . . . . . Եթե «ԱՅՈ», ծննդաբերությունը վերջին 12 ամսվա ընթացքում է եղել: . . . . .  Եթե (33) B կամ C կետի համար «ԱՅՈ» եք նշել, կարող եք իրավունք ունենալ ստանալու ծառայություններ, որոնք տրամադրում է Կանանց, նորածինների և երեխաների (Women, Infants and Children, WIC) Հատուկ լրացուցիչ պարենային ծրագիրը (Special Supplemental Food Program):		<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																														
		D. Դուք կամ ընտանիքի որևէ անդամ ուզում եք ընտանիքի պլանավորման անվճար կամ էժան ծառայություններ ստանալ: Եթե «ԱՅՈ», դիմեք Ձեր բուժապասարկման պլանին կամ բուժող բժշկին: Կամ, փաստերին կամ ընտանիքի պլանավորման գաղտնի կլինիկաների գտնվելու վայրի մասին տեղեկություններին ծանոթանալու համար, զանգահարեք անվճար 1-800-942-1054 հեռախոսահամարով:		<input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____																														

## ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

### Ես հասկանում եմ, որ՝

- բոլոր փաստերը, որոնք տրամադրում են, ներառյալ նպաստներին ու եկամուտներին վերաբերող փաստերը, համապատասխանելու են տեղական, նահանգային և դաշնային փաստաթղթերում առկա տվյալներին, ինչպիսիք են տվյալները գործատուներին, Սոցիալական ապահովագրության վարչության, հարկային, սոցիալական և գործազրկության գործակալություններին, դպրոց հաճախելու մասին և այլ տվյալներ: Բսկ կանխիկ դրամական օգնության և CalFresh-ի դեպքում փաստերը համապատասխանելու են իրավապահ մարմինների մատյաններում ձեռքբերված հրամանների վերաբերյալ տվյալներին:
- բոլոր փաստերը, որոնք տրամադրում են, ներառյալ նպաստներին ու եկամուտներին վերաբերող փաստերը, կարող են ուսումնասիրվել և ստուգվել շրջանային, նահանգային և դաշնային աշխատակազմի կողմից, և, եթե տրամադրեն սխալ փաստեր, իմ կանխիկ դրամական օգնությունը, CalFresh-ը և Medi-Cal-ը կարող են մերժվել կամ դադարեցվել:
- իմ գործը կարող են ընտրել ուսումնասիրման համար՝ համոզվելու, որ իմ իրավունակությունը ճիշտ էր որոշվել, և ես պետք է լինվին համագործակցում շրջանային, նահանգային կամ դաշնային աշխատակազմի հետ որևէ հետաքննության կամ ուսումնասիրության ընթացքում, ներառյալ որակի հսկման ուսումնասիրությունը:
- վարչական շրջանը փաստերը կողարկի ԱՄՆ Քաղաքացիության և ներգաղթի ծառայություններ (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS)՝ ստուգելու ներգաղթային կարգավիճակը, և փաստերը, որոնք վարչական շրջանը ստանում է USCIS-ից, կարող են ազդել իմ իրավունակության վրա՝ ստանալու կանխիկ դրամական օգնություն, CalFresh և ամբողջական Medi-Cal: Բայց եթե ես դիմում եմ միայն Medi-Cal-ի համար, ԵՎ եթե ես (ա) օրինական մշտական բնակիչ օտարերկրացի (LPR), (բ) վավերական և գործող I-688 ունեցող և ներում ստացած օտարերկրացի կամ (գ) օրինական իրավունքի թվացյալ առկայության (Permanent Residence Under Color of Law, PRUCOL) ներքո Միացյալ Նահանգներում մշտական բնակվող օտարերկրացի չեմ, ապա վարչական շրջանը փաստերը չի ուղարկի USCIS-ին:
- ես պետք է դիմեմ որևէ մատչելի բժշկական ապահովագրության համար և պահեմ այն, եթե ծախսեր ներառված չեն. հակառակ դեպքում իմ Medi-Cal ծրագիրը կներժվի կամ կդադարեցվի:
- ինձնից կամ ընտանիքի մյուս անդամներից կպահանջվի փոխհատուցել ցանկացած կանխիկ դրամական օգնություն, որը ես չպիտի ստանայ:
- CalFresh ընտանիքից, CalFresh ընտանիքի ցանկացած չափահաս անդամից (տույնիսկ եթե նա տեղափոխվում է տնից), ընտանիքի ոչ քաղաքացի անդամի հովանավորից կամ մշտաբնակների իրավունակ հաստատությունում լիազոր ներկայացուցչից կարող է պահանջվել փոխհատուցել բոլոր նպաստները, որոնք ընտանիքը չպիտի ստանա:
- իմ ընտանիքի ցանկացած անդամ, ով թաքնվում կամ փախչում է օրենքից, որպեսզի խուսափի քրեական հանցագործություն կամ քրեական հանցագործության փորձ կատարելու համար դատական կարգով հետապնդումից, կալանավորումից կամ ազատազրկումից, կամ ընդհանուր իրավասության դատարանի կողմից մեղավոր է ճանաչվել իր փորձաշրջանի կամ վաղաժամկետ ազատման պայմանների խախտման համար, չի կարող ստանալ կանխիկ դրամական օգնություն կամ CalFresh նպաստներ:
- կանխիկ դրամական օգնության դեպքում վարչական շրջանը կպահանջի, որ ես և ընտանիքի որոշակի անդամներ հանձնենք մատնահետքեր և լուսանկարվենք: Եթե չհամագործակցենք, նպաստները կարող են մերժվել կամ դադարեցվել:

### Ես նաև հասկանում եմ, որ՝

կորակազրկվեմ և (կամ) տուգանքների կենթարկվեմ սոցիալական նպաստներին առնչվող խարդախության համար, եթե միտումնավոր տրամադրեն սխալ փաստեր կամ չգեկուցեմ բոլոր փաստերի կամ իրավիճակների մասին, որոնք ազդում են իմ իրավունակության կամ կանխիկ դրամական օգնության, CalFresh և Medi-Cal նպաստների վրա:

### Կանխիկ դրամական օգնության դեպքում.

- Եթե ես միտումնավոր չհետևեմ կանխիկ դրամական օգնության կանոններին, կարող եմ տուգանվել մինչև \$10,000 և (կամ) ազատազրկվել կամ բանտարկվել 3 տարի ժամկետով: Ցանկացած կանխիկ դրամական օգնություն կարող է դադարեցվել
  - ոչ բոլոր փաստերը գեկուցելու կամ սխալ փաստեր հայտնելու համար. 6 ամիս առաջին հանցանքի դեպքում, 12 ամիս՝ երկրորդի դեպքում, և ընդմիջտ՝ երրորդի դեպքում, իսկ Փախստականների տրվող դրամական օգնության համար՝ 3 ամիս առաջին և 6 ամիս ցանկացած հետագա հանցանքի դեպքում.
  - միաժամանակ մեկից ավելի գործով օգնություն ստանալու նպատակով մեկ կամ ավելի դիմում ներկայացնելու համար. 2 տարի՝ առաջին դատապարտման դեպքում, 4 տարի՝ երկրորդի, կամ ընդմիջտ՝ երրորդի դեպքում.
  - օգնություն ստանալու նպատակով խոշոր չափի գողության համար դատապարտվելու համար. 2 տարի՝ \$2,000-ը չգերազանցող գումարների դեպքում, 5 տարի՝ \$2,000-ից մինչև \$4,999.99 գումարների դեպքում, և ընդմիջտ՝ \$5,000 կամ ավելի մեծ գումարների դեպքում.
  - միաժամանակ երկու կամ ավելի վարչական շրջաններում օգնություն ստանալու նպատակով վարչական շրջանին մշտաբնակությունը հաստատող կեղծ փաստաթղթեր ներկայացնելու, վարչական շրջանին անիրավունակ երեխայի կամ գոյություն չունեցող երեխայի մասին կեղծ փաստաթուղթ ներկայացնելու, խարդախության միջոցով \$10,000-ից ավելի դրամական նպաստներ ստանալու, ընդհանուր իրավասության դատարանի կամ վարչական լուսմների կողմից խարդախության համար երրորդ անգամ դատապարտվելու համար ընդմիջտ:

### CalFresh-ի դեպքում.

- Եթե ես միտումնավոր չհետևեմ CalFresh ծրագրի կանոններին, իմ CalFresh նպաստները կդադարեցվեն 12 ամսով առաջին խախտման դեպքում, 24 ամսով՝ երկրորդի, և ընդմիջտ՝ երրորդի դեպքում: Եվ ես կարող եմ տուգանվել մինչև \$250,000 և (կամ) ազատազրկվել կամ բանտարկվել 20 տարի ժամկետով:
- Եթե մեղավոր ճանաչվեմ որևէ ընդհանուր իրավասության դատարանի կողմից, որովհետև
  - ես CalFresh նպաստները փոխանակել եմ հրազենի, զինամթերքի կամ պայթուցիկ նյութերի հետ կամ վաճառել եմ դրանք ձեռք բերելու նպատակով, ապա իմ CalFresh նպաստները կարող են ընդմիջտ դադարեցվել առաջին խախտման դեպքում.
  - ես CalFresh նպաստները փոխանակել եմ վերահսկվող նյութերի հետ կամ վաճառել եմ դրանք ձեռք բերելու նպատակով, ապա իմ CalFresh նպաստները կարող են դադարեցվել 24 ամսով առաջին խախտման դեպքում, և ընդմիջտ՝ երկրորդի դեպքում.
  - ես փոխանակել կամ վաճառել եմ CalFresh նպաստներ, որոնք արժեն \$500 կամ ավելի, ապա իմ CalFresh նպաստները կարող են ընդմիջտ դադարեցվել.
  - ես միաժամանակ երկու կամ ավելի դիմում եմ ներկայացրել CalFresh-ի համար և ինքնությունը հաստատող կեղծ փաստաթուղթ կամ մշտաբնակության վերաբերյալ կեղծ տեղեկություններ եմ տրամադրել վարչական շրջանին, ապա իմ CalFresh նպաստները կարող են դադարեցվել 10 տարով:

**Ես Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների և Կալիֆորնիա նահանգի օրենքներով կեղծ վկայության համար սահմանված պատժի առի ներքո հայտարարում եմ, որ այս փաստերի շարադրանքում առկա տեղեկությունները ճշմարիտ են, ստույգ են և ավարտուն են:**

USDC900003000 (ՕՆՐԻ ԿԱՄ ԽԱՄՈՂ ԱՅԳԱԿԱՆ, MEDI-CAL-Ի ՀԱՄԱՐ ԴԻՄՈՂ, CALFRESH ՆԱՍՏՆԵՐ ՍՏԱՅՈՂ ԸՆԴՄԻՋՏԱՄ ԱՆՂԱՄԻ ԿԱՄ CALFRESH-Ի ԼԻԱՅՈՂ ՆԵՐԿԱՅՈՒՑՈՒՑՈՒՄ)

USDC900003000 (ՏԱՆ ԱՄՈՂ ՍՅՈՒՄ ՕՆՐԻ, ԵԹԵ ԴԻՄՈՒՄ Ե ԿԱՆԽԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ)	ԹՎԱԿԱՆԸ	ՆԵԱ ԴՆԵՆՈՒ ԿԿՍԻ, ԹԱԳՄԱՆՁԻ ԿԱՄ ԴԻՄՈՂ ԿԱՄ ՇԱՆՈՒՈՒ ԱՆՈՒՆՑ ԳՈՐԾՈՂ ԱՅՍ ԱՆՁԻ ՍՏՈՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ	ԹՎԱԿԱՆԸ
---	---------	--	---------