

Ծանուցման ամսաթիվը _____
 Գործի անունը _____
 Գործի համարը _____
 Աշխատակցի անունը _____
 Համար/ID _____
 Հետախուսահամարը _____
 Շուրջօրյա տեղեկատվություն _____
 Հասցե _____

Հարցն ը Հարցրեք Ձեզ սպասարկող Աշխատակցին կամ
 գանգահարեք վերը նշված հետախուսահամարով:

Պետական լուսններ` Եթե Դուք կարծում
 եք, որ այս որոշումը սխալ է, Դուք կարող եք
 լուսններ պահանջել: Այս էջի հետևանատում
 գրված է, թե ինչպես Դուք դա կարող եք անել:
 Ձեր նպաստները, հնարավոր է, չփոփոխվեն,
 եթե Դուք լուսններ պահանջեք նախքան այս
 որոշման կայացումը:

Եթե Դուք վճարվում եք շաբաթը կամ երկու շաբաթը
 մեկ անգամ, ապա Ձեր ամսական եկամուտը
 հաշվարկվում է հետևյալ եղանակով.

Նախ և առաջ, մենք հաշվում ենք ամսվա
 ընթացքում Ձեր կողմից ստացված ողջ եկամուտի
 հանրագումարը և բաժանում Ձեր կողմից ստացված
 վճարումների ընդհանուր քանակի: Այնուհետև,
 մենք բազմապատկում ենք այդ գումարը մեկ ամսում
 ստացվող վճարումների միջին քանակով:

- Եթե Ձեզ վճարում են շաբաթը մեկ անգամ, ապա
 մեկ ամսվա ընթացքում կատարվող վճարումների
 քանակը կարող է կազմել 4 կամ 5: Մեկ ամսվա
 ընթացքում կատարվող վճարումների միջին
 քանակը 4.33 է:
- Եթե Ձեզ վճարում են երկու շաբաթը մեկ անգամ,
 ապա մեկ ամսվա ընթացքում կատարվող
 վճարումների քանակը կարող է կազմել 2 կամ 3:
 Մեկ ամսվա ընթացքում կատարվող վճարումների
 միջին քանակը 2.167 է:

Ահա Ձեր տվյալները.
 _____ Ձեկուցված եկամուտ _____

| | |
|------------------------------|-----------|
| | \$ _____ |
| | \$ _____ |
| | \$ _____ |
| | \$ _____ |
| | +\$ _____ |
| Ընդամենը գեկուցվել է | +\$ _____ |
| Ձեկուցված վճարումների քանակը | ÷ _____ |
| Շաբաթական գումարը | =\$ _____ |
| Բազմապատկված | x _____ |
| Ամսական գումարը | =\$ _____ |

Ամսական դրամական օգնության գումարը

- Բաժին Ա. Հաշվելի եկամուտ, հետևյալ ամսվա համար** _____
1. Ամսական աշխատանքային գործունեությունից ստացվող ընդհանուր եկամուտը ...\$ _____
 2. Ամսական աշխատանքային գործունեության անդամությամբ կատարվող ծախսերը.
 - a. 40% Ստանդարտ\$ _____
ԿԱՄ
 - b. Փաստացի\$ _____
 3. Ամսական աշխատանքային գործունեությունից ստացվող գուտ հասույթը\$ _____
 4. Անաշխատունակության վրա հիմնված ընդհանուր չվաստակած եկամուտը
 (Total Disability-Based Unearned Income, (DBI))
 (Օժանդակման միավորի անդամ հանդիսացող և չհանդիսացող անձիք)\$ _____
 5. \$225 DBI-ի չհաշվարկվող գումար (եթե #4-ը գերազանցում է \$225-ը)\$ _____
 6. Անաշխատունակության վրա հիմնված, հաշվառումից չզազատված
 չվաստակած եկամուտը\$ _____
ԿԱՄ
 7. DBI-ի չհաշվարկվող գումարը, որը չի օգտագործվել\$ _____
 8. Ամսական աշխատանքային գործունեությունից ստացվող գուտ հասույթը
 (ըստ վերը նշվածի)\$ _____
 9. Այլ վաստակած ընդհանուր եկամուտը\$ _____
 10. \$225-ի չօգտագործված մասը (ըստ #7 կետի)\$ _____
 11. Հանրագումար\$ _____
 12. Վաստակած եկամուտի չհաշվարկվող գումարի 50%:\$ _____
 13. Հանրագումար\$ _____
 14. Անաշխատունակության վրա հիմնված, հաշվառումից չզազատված
 չվաստակած եկամուտը (ըստ #6 կետի)\$ _____
 15. Հանրագումար\$ _____
 16. Հաշվառումից չզազատված այլ եկամուտ (Օժանդակման միավորի անդամ
 հանդիսացող և չհանդիսացող անձիք)\$ _____

Հաշվելի գուտ եկամուտ _____

- Բաժին Բ. Ձեր դրամական օգնության չափը, հետևյալ ամսվա համար** _____
1. Օգնություն ստացող անձանց առավելագույն քանակը
 (Օժանդակման միավորի անդամ հանդիսացող և չհանդիսացող անձիք)\$ _____
 2. Հատուկ կարիքներ (Օժանդակման միավորի անդամ հանդիսացող
 և չհանդիսացող անձիք)\$ _____
 3. Հաշվելի գուտ եկամուտը ըստ Ա Բաժնի (վերևում)\$ _____
 4. Հանրագումար\$ _____
 5. Օգնություն ստացող անձանց առավելագույն քանակը
 (միայն Օժանդակման միավորի անդամների համար)
 (Բացառությամբ MFG կամ տույժի ենթարկված անձանց)\$ _____
 6. Հատուկ կարիքներ (միայն Օժանդակման միավորի անդամների համար)\$ _____
 7. Առավելագույն օգնություն, հանրագումար\$ _____
 8. **Ամբողջ ամսվա օգնություն, հանրագումար**
 (Տող 4-ի կամ 7-ի նվազագույն գումարը)\$ _____
 9. Տող 8՝ համաչափ հաշվարկված ամսվա մի մասի համար\$ _____
 10. Ծնկույթներ՝ 25% Երեխայի ինսուլին տույժ(եր)\$ _____
 Այլ տույժեր\$ _____
 Գերվճարում\$ _____
 Դպրոցային նպաստ (\$100 կամ \$500)\$ _____
 11. **Ամսական դրամական օգնության գումարը**
 (Տող 8 կամ 9 շտկված)\$ _____
 12. Ընթացիկ դրամական օգնության չափը (Եթե այդ գումարը գերազանցում է
 #11 տողում նշված գումարը, ապա Ձեր դրամական օգնության չափը չի փոխվի)\$ _____

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 (Ուտելիքի կտրոն), 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-ը (Ուտելիքի կտրոն) նույնը կմնա քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննությանը կամ Ձեր արտոնագրման ժամանակաշրջանի վերջը՝ կախված այն բանից, թե որը ավելի շուտ տեղի կունենա:

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

Այո, նվազեցրեք կամ դադարեցրեք. Cash Aid-ը CalFresh-ը (Ուտելիքի կտրոն) Child Care-ը

Քանի դեռ Դուք սպասում եք դատաքննության վճռին՝

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: Եթե նրանք Ձեզ կողարկեն ներկայումս հավաքած օգնության գումարը, բայց կպահեն այն գումարը, որ պարտք եք տարածաշրջանին:

Ընտանիքի պլանավորում. Ձեր սոցապահովության 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 անմիջապես երկու օր մինչև դատաքննությունը: Նահանգը կհանձնի դատաքննության Ձեր նշոցը Սոցապահովության 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 սոցապահովության 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 Սոցապահովության բաժնի որոշման պատճառով, որը վերաբերվում է իմ

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

ԱՀԱ, ԹԵ ԻՆՉՈՒՆ _____

- 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. _____

| | |
|---|---------------|
| ՄՅՆ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՒՄՆԴԱՍՏԸ ՄԵՐԺԿԵԼ Ե ԿԱՄ ԴՆԱՐԵՑՎԵԼ | |
| ՇՆՆՅԱՆ ԹԻՎ | ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐ |
| ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅԵ | |
| ՔՄՂԱՔ | ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ |
| ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ | ԱՄՄԱԹԻՎ |
| ՄՅՍ ԶԵՎԱԹՈՒՂՅԸ 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 | |
| ՔՄՂԱՔ | ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ |