

ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ՝

ՈՐՈՇՄԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ
ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ
ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (IN-
HOME SUPPORTIVE
SERVICES, IHSS)

STATE OF CALIFORNIA, HEALTH
AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF
SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)

(Empty rounded rectangular box for addressee information)

ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ. Այս ծանուցագիրը վերաբերում է ՄԻԱՅՆ Ձեր տնային աջակցության ծառայություններին: Այն ՉԻ ազդում Ձեզ սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտ կամ լրացուցիչ նահանգային վճար (SSI/SSP), սոցիալական ապահովագրություն կամ Medi-Cal ծրագրի (պետպատվերով բժշկական օգնության ծրագրի) նպաստներ հատկացնելու վրա: **ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐԸ ՊԱՀԵՔ ՁԵՐ ԿԱՐԵՎՈՐ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԻ ՀԵՏ:**

Ծանուցման թվականը՝

Գործի անվանումը՝

Գործի համարը՝

Սոցիալական աշխատողի
անունը՝

Սոցիալական աշխատողի
համարը՝

Սոցիալական աշխատողի
հեռախոսը՝

Սոցիալական աշխատողի
հասցեն՝

Դուք պարտավոր եք վարչական շրջանի գրասենյակին տեղեկացնել ցանկացած փոփոխության մասին, որը կարող է ազդել IHSS ծառայություններ ստանալու Ձեր իրավունակության կամ անհրաժեշտության վրա, այդ թվում՝ եկամտի, գույքի, ապրուստի միջոցների, առողջական վիճակի կամ աշխատունակության որևէ փոփոխություն: Եթե հարցեր ունեք կամ կարծում եք, որ ավելի շատ փաստեր պետք է հաշվի առնվեն, զանգահարեք Ձեր սոցիալական աշխատողին:

Սկզբունքներ. Գործում են վերը փակագծերում նշված սկզբունքները: Կարող եք Ընդհանուր սկզբունքների և ընթացակարգերի ձեռնարկը (Manual of Policies and Procedures, MPP) ուսումնասիրել IHSS-ի տեղական գրասենյակում:

Ունե՞ք հարցեր: Դիմեք IHSS-ի սոցիալական աշխատողին:

Նահանգային լսումներ. Եթե կարծում եք, որ այս որոշումը սխալ է, կարող եք լսում պահանջել: Լսումների հայց ներկայացնելու կարգը նկարագրված է այս ծանուցագրում ներառված «Նահանգային լսումների իրավունք» ներդիրում: