ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

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

Welfare-to-Work
24-ամսյա ժամանակացույցի սահմանափակման ծանուցում

Ծանուցման ամսաթիվը` ______________________

Գործի անվանումը` ______________________

Համարը` ______________________

Աշխատողի անունը` ______________________

Համարը` ______________________

Հեռախոսը` ______________________

Հասցեն` ______________________

____

____

(ADDRESSEE)

Հարցեր ունե՞ք: Հարցրեք ձեր աշխատողին:

Նահանգային լսում. եթե Դուք կարծում եք, որ այս գործողությունը սխալ է, ապա Դուք կարող եք պահանջել նահանգային լսում: Ձեր նպաստները չեն կարող փոխվել, եթե Դուք լսում եք պահանջում, նախքան այս գործողության իրականացումը: Եթեդուք և վարչաշրջանը համաձայնության չեք գալիս կամ եթե դուք չեք լսել ձեր աշխատողից, մի սպասեք լսում պահանջելու համար: Դուք պետք էլսում պահանջեք մի քանի օրերի ընթացքում: Տեսեք այս ծանուցման հետևի մասը լրացուցիչ տեղեկությունների համար ու պարզեք, ինչպես լսում պահանջել:

____-ի դրությամբ

դուք` ____________________________________, օգտագործել եք ձեր Welfare-to-Work 24-ամսյա ժամանակացույցի _______ ամիսը: Սկսած __________________-ից` ձեր Welfare-to-Work մասնակցության կարգավիճակը փոխվում է: Դուք պետք է համապատասխանեք CalWORKs դաշնային ստանդարտներին, որպեսզի շարունակեք դրամական օգնություն ստանալ, եթե իհարկե չեք որակավորվում ավելի շատ ժամանակվա համար ձեր Welfare-to-Work 24-ամսյա ժամանակացույցում (երկարաձգում), կամ չպետք է մասնակցեք Welfare-to-Work-ին (բացառում):

Դուք պետք է արդեն ստացած լինեիք ժամադրության ծանուցում և հանդիպեիք ձեր աշխատողի հետ` համոզվելու համար, որ ձեր մասնակցությունը համապատասխանում է CalWORKs դաշնային ստանդարտներին: Եթե դեռ չեք հանդիպել ձեր աշխատողի հետ այս վերանայման համար, ապա պետք է անմիջապես կապվեք ձեր աշխատողի հետ և համոզվեք, որ համապատասխանում եք CalWORKs դաշնային ստանդարտներին, կամ պարզեք, եթե կարող եք ավելի շատ ժամանակ ստանալ ձեր Welfare-to-Work 24-ամսյա ժամանակացույցում, կամ եթե Welfare-to-Work մասնակցելու կարիք չունեք, որպեսզի շարունակեք օգնություն ստանալ:

Եթե արդեն հանդիպել եք ձեր աշխատողի հետ ու ստորագրել եք փոփոխված Welfare-to-Work ծրագիրը, որը համապատասխանում է CalWORKs դաշնային ստանդարտներին, կամ եթե ձեզ երկարաձգում կամ բացառում են տվել, ապա այս ծանուցման վերաբերյալ ձեր աշխատողին դիմելու անհրաժեշտություն չկա:

Եթե չեք համապատասխանում CalWORKs դաշնային ստանդարտներին, ձեր ընտանիքի կանխիկ դրամական օգնությունը կարող է նվազեցվել:

Medi-Cal. Այս ծանուցումը ՉԻ փոխում կամ դադարեցնում Medi-Cal նպաստները: **Շարունակեք օգտագործել ձեր պլաստիկ Նպաստների հաստատման քարտ(եր)ը:** Դուք մեկ այլ ծանուցում կստանաք, որը կասի ձեզ առողջապահական նպաստների որևէ փոփոխությունների մասին:

CalFresh. Այս ծանուցումը ՉԻ փոխում կամ դադարեցնում ձեր CalFresh նպաստները: Դուք առանձին ծանուցում կստանաք, որը կասի ձեզ CalFresh նպաստների որևէ փոփոխությունների մասին:

Միայն Medi-Cal և/կամ CalFresh ստանալը ՉԻ հաշվում դեպի ձեր դրամական օգնության ժամանակային սահմանափակում:

Կանոններ. այս կանոնները կիրառվում են.
Վելֆերի և հաստատությունների կոդի մաս 11322.85(a)

ԱՆՄԻՋԱՊԵՍ ԴԻՄԵՔ ՁԵՐ ԱՇԽԱՏՈՂԻՆ, ԵԹԵ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ՉԵՔ ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏ:

Աշխատողի անունը` ________________________________

Հեռախոսահամարը` ________________________________

ՁԵԶ ԱՆՀՐԱԺԵ՞ՇՏ ԷԱՆՎՃԱՐ ԻՐԱՎԱԲԱՆԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ:
Այս խնդրի հետ կապված կարող եք ստանալ անվճար օգնություն հետևյալ մարմիններից.

Տեղային իրավաբանական օգնության գրասենյակ`

(_____)____

Նահանգային վելֆերի իրավունքների կազմակերպություն

(_____)____

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 <u>մինչև</u> 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: Որպեսզի 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 վճռին՝

<u>**Welfare to Work-ի համար**</u>

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:

<u>**Cal-Learn-ի համար.**</u>

- 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 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 առնվազն երկու օր մինչև դատաքննությունը: Նահանգը կհանձնի դատաքննության Ձեր նշոցը Սոցապահովության բաժնին և ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների և Գյուղատնտեսության բաժիններին: **(W&I օրենքի հատված 10850 և 10950:)**

ԴԱՏԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՋԵԼՈՒ 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.**

ԿԱՄ

- **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
☐ 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 ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՒՄ ՆՊԱՍՏԸ ՄԵՐԺՎԵԼ Է ԿԱՄ ԴԱԴԱՐԵՑՎԵԼ		
ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆԴԵՔՍ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՍԱԹԻՎ	
ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ ԼՐԱՑՆՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ	

☐ **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 <u>կարող</u> է ընկեր կամ ազգական լինել, բայց չի կարող թարգմանել Ձեզ համար:)**

ԱՆՈՒՆ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԻՆԴԵՔՍ