

Ծանուցման ամսաթիվը \_\_\_\_\_  
 Գործի անվանումը \_\_\_\_\_  
 Յանվարը \_\_\_\_\_  
 Աշխատողի անունը \_\_\_\_\_  
 Յանվարը \_\_\_\_\_  
 Յեռախոսը \_\_\_\_\_  
 Յացնել \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)



Յարցեր ունե՞ք: Յարցրե՞ք Ձեր աշխատողին:

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ օրվա դրությամբ, մենք նվազեցնում

ենք ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը՝ \$ \_\_\_\_\_ -ից \$ \_\_\_\_\_-ի՝ ինչպես ներկայացված է հաջորդ էջում: Կանխիկ վճարմամբ օգնությունը Ձեզ համար կդադարեցվի:

Մենք նվազեցնում ենք ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը, քանի որ դուք՝ ձեր կողմից ստորագրված համապատասխանության ծրագրով համաձայնեցված գործողությունները չկատարելու համար որևէ հարգելի պատճառ չունեք: Դուք համաձայնվել էիք՝ \_\_\_\_\_

Մենք չենք վճարելու տրանսպորտային, կամ աշխատանքի, կամ վերապատրաստումների առևճիղ ծախսերը, քանի դեռ դուք զրկված եք կանխիկ վճարմամբ օգնությունից: Մենք կարող ենք վճարել երեխաների խնամքի համար, եթե դուք աշխատում եք կամ սովորում դպրոցում:

**ԻՆՉՊԵՍ ՆՈՐԻՑ ՍՏԱՆԱԼ ԿԱՆԻԿ ՎՃԱՐՄԱՄԲ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ**

Ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը նվազում է, քանի որ դուք չեք կատարել մեր կողմից ձեզ ներկայացված գործողությունները, և դուք հեռացվում եք Օգնության Միավորից: Եթե ձեր ընտանիքի կանխիկ վճարմամբ օգնությունը նվազեցվի, ապա դուք կարող եք ստանալ կանխիկ վճարմամբ օգնության ձեր մասնաբաժինը, եթե դրա համար իրավասու լինե՞ք՝ կապվելով վարչաշրջանի հետ և նրանց տեղեկացնելով, որ դուք ցանկանում եք կրկին օգտվել ձեր կանխիկ վճարմամբ օգնությունից, և այնուհետև անել այն, ինչ ձեզանից կպահանջի վարչաշրջանը:

ԿԱՆԻԿ ՎՃԱՐՄԱՄԲ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՆՈՐԻՑ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ՎԱՐՉԱՇՁԱՆԻ ԴԵՏ ԿԱՊԵԼՈՒ ԿԱՄԱՐ ՉԱՆԳԱԿՐԵՔ \_\_\_\_\_:

Ընտանիքի մյուս ծնողը՝ \_\_\_\_\_, նույնպես կարող է կրկին ստանալ կանխիկ վճարմամբ օգնությունը, եթե նա ունենա համապատասխան իրավասություն՝ վարչաշրջանի հետ կապվելու միջոցով և վերջիններիս տեղեկացնելով, որ նա ցանկանում է կրկին ստանալ կանխիկ վճարմամբ օգնությունը, այնուհետև անել այն, ինչ կպահանջի վարչաշրջանը:

**ՁԵՉ ԱՆԿՐԱՑԵՆՏ Ե ԱՆՎՃԱՐ ԻՐԱՎԱԲԱՆԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ:** Այս խնդրի հետ կապված կարող եք ստանալ անվճար օգնություն հետևյալ մարմիններից.

Տեղային իրավաբանական օգնության գրասենյակ՝ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Նահանգային վելֆերի իրավունքների կազմակերպություն՝ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**CalFresh.** Եթե Վելֆերից-Աշխատանքի պահանջներին չհամապատասխանումը նույնպես առաջացնի CalFresh-ի տուգանք, ապա, հնարավոր է, դուք չկարողանաք ստանալ CalFresh: Եթե առկա է CalFresh-ի տուգանք, ապա դուք կստանաք մեկ այլ ծանուցում, որը ձեզ կտեղեկացնի, թե որքան ժամանակով ձեր CalFresh-ի նպաստները կդադարեցվեն:

**Medi-Cal.** այս գործողության ծանուցումը Չի փոխում կամ դադարեցնում Medi-Cal նպաստները: **Շարունակեք օգտագործել ձեր պլաստիկ Նպաստների հաստատման քարտ(եր)ը:**

**Կանոններ.** կիրառվում են այս կանոնները. CalWORKs MPP § 42-712 (բացառություններ); 42-713 (հարգելի պատճառ); 42-721 (չհամապատասխանումը և հարգելի պատճառ): CalFresh MPP § 63-407.521: Կարող եք ծանոթանալ այս կանոններին ձեր վելֆերի գրասենյակում:

## 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 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 վճիռին՝**

### 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: Նրանք Ձեզ կուղարկեն ներկայումս հավաքած օգնության գումարը, բայց կպահեն այն գումարը, որ պարտք եք տարածաշրջանին:

**Ընտանիքի պլանավորում.** Ձեր սոցալապահության 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 Սոցալապահության 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 սոցալապահության 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 Սոցալապահության 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 ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՒՄՆԴԱՍՏԸ ՄԵՐԺԿԵԼ Ե ԿԱՄԴԱՐԱՐԵՑՎԵԼ

ՄՆԱՅՄԱՆ ԹԻՎ  ՇԵՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ

ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ

ՔՄՂԱՔ  ՆԱՀԱՂԳ  ԻՆԴԵՔՍ

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ  ԱՄՄԱԹԻՎ

ՄՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒԴԹԸ ԼՐԱՅՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ  ՇԵՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ

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  ՇԵՆՈՒՄՈՍԱՀԱՄԱՐ

ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ

ՔՄՂԱՔ  ՆԱՀԱՂԳ  ԻՆԴԵՔՍ