

Ծանուցման ամսաթիվը _____
 Գործի անվանումը _____
 Համարը _____
 Աշխատողի անունը _____
 Համարը _____
 Հեռախոսը _____
 Հասցեն _____

(ADDRESSEE)

┌
└

┌
└

Հարցեր ունե՞ք: Հարցրե՞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 պարզե՛ք, ինչպես լսում պահանջել:

_____ դրությամբ, մենք ձեզ հեռացնում ենք Վելֆերից-Աշխատանքի ծրագրից:

Մենք չենք փոփոխի ձեր կանխիկ վճարմամբ օգնության գրանտային գումարի չափը:

Մենք ձեզ հեռացրել ենք Վելֆերից-Աշխատանքի ծրագրից, քանի որ դուք՝ ձեր կողմից ստորագրված համապատասխանության ծրագրով համաձայնեցված գործողությունները չկատարելու համար որևէ հարգելի պատճառ չունեք: Դուք համաձայնվել էիք՝

Մենք չենք վճարելու տրանսպորտային, կամ աշխատանքին, կամ վերապատրաստումներին առնչվող ծախսերը, քանի դեռ դուք հեռացված եք Վելֆերից-Աշխատանքի ծրագրից: Մենք կարող ենք վճարել երեխաների խնամքի համար, եթե դուք աշխատում եք կամ սովորում դպրոցում:

Հնարավոր է, դուք կարողանաք միանալ Վելֆերից-Աշխատանքի ծրագրին ավելի ուշ: Պարզելու համար, թե երբ կարող եք կրկին մասնակցել, և թե ինչ է հարկավոր անել, կապվեք ձեր Վելֆերից-Աշխատանքի աշխատողի հետ ստորև բերված հեռախոսահամարով:

Վելֆերից-Աշխատանքի աշխատողի անունը՝ _____

Հեռախոսահամարը՝ _____

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:

Ձեռ ԱՆՅՐԱԺԵ՞ՇՏ Է ԱՆՎՃԱՐ 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 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, ՈՒՄՆԱԳԱՍՏԸ ՄԵՐԹՎԵԼ Է ԿԱՍ ԴԱՏԱՔՆՆՈՒՄԸ:

ՄԱՆՈՒՆ ԹԻՎ _____ շԵՌԱՌՈՍԱԶԱՄԱՐ

ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ _____

ՔԱՂԱՔ _____ ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ

ՍՏՈՂԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ _____ ԱՄՄԱԹԻՎ

ԱՅՍ ԶԵՎԱԹՈՒԴՅՈՒՆ ԼՐԱՆՆՈՂ ԱՁԻ ԱՆՈՒՆԸ _____ շԵՌԱՌՈՍԱԶԱՄԱՐ

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 _____ շԵՌԱՌՈՍԱԶԱՄԱՐ

ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՄՅՑԵ _____

ՔԱՂԱՔ _____ ՆԱՀԱՆԳ ԻՆԴԵՔՍ