

ՄՆՆԳԱԴՐՈՇՄԻ

ՎԱՎԵՐԱՑՄԱՆ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ (Կառնտի)

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

Ծանուցագրի թվական : _____
 Գործի Անունը : _____
 Համարը : _____
 Աշխատողի Անունը : _____
 Համարը : _____
 Հեռախոս : _____
 Հասցե : _____

(ADDRESSEE)

┌

┐

└

┘

Հարցե՞ր: Տվեք ձեր աշխատողին:

Նախանգաշին լսում՝ Դուք կարող եք լսում պահանջել, եթե գտնում եք, որ գործողությունը սխալ է: Այս էջի հետևի կողմը ձեզ կստի ինչպես դիմել լսումի: Ձեր նպաստները չեն կարող փոխվել եթե լսումի համար դիմեք գործողությունը տեղի ունենալուց առաջ:

ՄՆՆԳԱԴՐՈՇՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ՁԵՐ ԳԻՄՈՒՄԸ ՎԱՎԵՐԱՑՎԵԼ Է: Ձեր վկայագիրը ծածկում է _____ -ից մինչև _____ շրջանը:

Մենք ձեր նպաստները գնահատելու համար օգտագործել ենք ձեր ներկայացրած տեղեկությունը: Եթե ոչ մի բան չփոխվի, դուք կստանաք՝

\$ _____ այս _____ թվին այս _____ անձերի համար:
 \$ _____ այս _____ թվին այս _____ անձերի համար:
 \$ _____ այս _____ թվին այս _____ անձերի համար:

- Ձեր ՍՃՆդադրոշմի պայմանադրությունն սկսվում է կանխիկ օգնության հետ, նույն օրը:
- Ձեր առաջին ամսի նպաստներն ընդգրկում են ավելի քան մեկ ամսվա նպաստներ՝ ձեր դիմումագրի վավերացման թվականի պատճառով:
- Ձեր առաջին ամսի նպաստները բաժանվել էին ձեր դիմումագիրը ներկայացրած օրվանից:

ՔԱՆԻ ՈՐ ՁԵՋ ՄՆՆԳԱԴՐՈՇՄՆԵՐԸ ՀԱՐԿԱՎՈՐ ԵՆ ԱՆՄԻՋԱՊԵՍ, ձեզանից չենք պահանջել մեզ ներկայացնել հետևյալ հաստատագիրը՝

Այս հաստատագիրը մեզ պետք է ներկայացնեք _____ -ից առաջ, այլապես ձեր ՍՃՆդադրոշմի պայմանադրությունը կդադարի: Ուրիշ ծանուցագիր չեք ստանա: Եթե ձեր ուղարկելիք հաստատագիրը փոփոխի նպաստներին ձեր պայմանադրությունը, մենք կկատարենք այդ փոփոխությունը: Այս քայլը առնելուց առաջ ձեզ կանխօրոք ծանուցագիր չենք ուղարկի:

ԵԹԵ ՆԱԵՎ ԳԻՄԵԼ ԵՔ ԿԱՆԽԻԿ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ և այն դեռևս չի վավերացվել, ձեր ՍՃՆդադրոշմի նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել առանց որևէ այլ ծանուցագրի՝ եթե ձեր կանխիկ օգնությունը վավերացվի:

ՆԿԱՏՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ՝

Կարգեր՝ Այս կարգերն են կիրառելի:
Կարող եք դրանք քննել ձեր վեբ-էջի գրասենյակում:

Ձեր լսողության իրավունքները

Ձեր իրավունքն է լսում պահանջել, եթե չհամաձայնվեք վարչաշրջանի որևէ քայլի հետ: Միայն 90 օր ունեք լսում պահանջելու համար: 90 օրերը սկսվում են վարչաշրջանի կողմից այս ծանուցագիրը տրվելուց կամ ուղարկվելուց մեկ օր հետո:

Եթե լսում ուզեք Կանխիկ Օգնության, Medi-Cal-ի, Սննդադրոշմի կամ Երեխու Խնամքի նկատմամբ մի քայլ առնվելուց առաջ՝

- Ձեր Կանխիկ Օգնությունը կամ Medi-Cal-ը կարող են մնալ նույնը՝ լսումի համար սպասելիս:
- Ձեր Երեխու Խնամքի Ծառայությունները կարող են մնալ նույնը՝ լսումի համար սպասելիս:
- Ձեր Սննդադրոշմները կմնան նույնը մինչև լսումը կայանա կամ ձեր վկայագրումի շրջանը ավարտվի, որը որ ավելի շուտ պատահի:

Եթե լսումի վճիռը մե՛զ իրավունք տա, մեզ պարտական կլինեք ձեր ստացած հավելյալ Կանխիկ Օգնության, Սննդադրոշմների և Երեխու Խնամքի համար: Լսումից առաջ ձեր նպատակները նվազեցնելու կամ դադարեցնելու համար նշեք ներքևը՝

Այո, նվազեցրեք/դադարեցրեք՝ Կանխիկ Օգնությունը Սննդադրոշմը Երեխու Խնամքը

Մինչ սպասում եք լսումի վճիռի հետևյալների համար՝

Վե՛լֆերից Աշխատանք՝

Պարտավոր չեք մասնակից դառնալ գործունեություններին:
Կարող եք երեխու վճարում ստանալ աշխատանքի կամ այլ ծանուցագրից առաջ վարչաշրջանի վավերացրած գործունեությունների համար:
Եթե ձեզ ասել ենք, որ ձեր մյուս աջակից ծառայությունների վճարումները կդադարեն, վճարում չեք ստանա, անգամ եթե ձեր գործունեության գնաք:
Եթե ձեզ ասել ենք, որ կվճարենք ձեր մյուս աջակից ծառայությունների համար, դրանք կվճարվեն այն գումարով և այնպես ինչպես նշել ենք այս ծանուցագրում:
• Այս աջակից ծառայություններն ստանալու համար պարտավոր եք գնալ այն գործունեություններին, որոնք վարչաշրջանը պահանջել է ձեզանից:
• Եթե լսման վճիռն սպասելիս վարչաշրջանի՝ աջակից ծառայությունների համար ձեզ վճարած գումարը բավարար չէ, որ կարողանաք մասնակցել, կարող եք դադարեցնել գործունեության գնալը:

Cal-Learn՝

- Ձեք կարող մասնակցել Cal-Learn Ծրագրին, եթե ձեզ ասել ենք, որ չենք կարող սպասարկել ձեզ:
- Cal-Learn աջակից ծառայությունների համար կվճարենք միայն վավերացված գործունեությունների համար:

ԱՅԼ Տե՛վեկոնօ՝ՅՈՒՆ

Medi-Cal Կառավարված Խնամքի Ծրագրի Անդամներ՝ Այս ծանուցագրի քայլը կդադարեցնի կառավարված առողջական խնամքի ծրագրից ձեր ստացած ծառայությունները: Հարցերի դեպքում, դիմեք ձեր առողջական ծրագրի անդամների ծառայություններին:

Երեխու և/կամ Բժշկական Աջակցություն՝ Երեխու աջակցության տեղական գործակալությունը անվճար կօգնի, որ աջակցությունը գանձեք մինչև անգամ եթե կանխիկ օգնություն չեք ստանում: Եթե նրանք ներկայումս աջակցություն են գանձում ձեզ համար, կշարունակեն այդպես անել, մինչև որ գրավոր խնդրեք, որ դադարեն: Նրանք ձեզ կողարկեն ներկա աջակցության գումարը, բայց կպահեն վարչաշրջանին պարտական ձեր գումարները:

Ընտանիքի Ծրագրում՝ Ձեր վե՛լֆերի գրասենյակը ձեզ տեղեկություններ կտա երբ իրենից խնդրեք:

Լսման Թղթածրար՝ Եթե լսում պահանջեք, Նահանգի Լսման Բաժանմունքը թղթածրար կբացի: Ձեր իրավունքն է այս թղթածրարը տեսնել ձեր լսումից առաջ և ստանալ վարչաշրջանի գրավոր կեցվածքը ձեր գործի վերաբերյալ լսումից առնվազն երկու օր առաջ: Նահանգը կարող է ձեր լսումի թղթածրարը տալ Վե՛լֆերի Բաժանմունքին և ԱՄՆ Առողջական և Մարդկային Սպասարկման և Երկրագործական Բաժանմունքներին: **(W&I Օրինագրի Հատվածներ 10850 և 10950):**

ԼՍՈՒՄ ԽՆԴՐԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ՝

- Լրացրեք այս էջը:
- Ձեր թղթածրարի համար հանեք պատճենը այս էջի և նրա հետևի երեսի: Եթե խնդրեք, ձեր աշխատողը ձեզ կտա այս էջի պատճենը:
- Այս էջը ուղարկեք կամ տարեք՝

ԿԱՄ

- Անվճար գանգեք 1-800-952-5253 կամ եթե լսելու և խոսելու անկարող եք՝ TDD, 1-800-952-8349:

Օգնություն Ստանալը՝ Հարցրեք ձեր լսումի իրավունքների մասին կամ օրինական օգնության հղումի համար վերը նշված անվճար համարներով: Անվճար օրինական օգնություն կարող եք ստանալ տեղական օրինական օգնության կամ վե՛լֆերի իրավունքների գրասենյակից:

Եթե չեք ուզում լսումի գնալ առանձին, կարող եք ձեզ հետ բերել մի ընկեր կամ որևէ անձ:

ԼՍՈՒՄԻ ԽՆԴՐԱՆՔ

Ես լսում եմ ցանկանում _____ վարչաշրջանի վե՛լֆերի Բաժանմունքի քայլի դեմ, որը վերաբերվում է իմ՝

- Կանխիկ Օգնության Սննդադրոշմի Medi-Cal-ի
- Այլ (նշեք) _____

Ահա թե ինչու՝ _____

- Լրացուցիչ տեղի համար այստեղ նշեք և էջ ավելացրեք:
- Ուզում եմ, որ նահանգը ինձ անվճար թարգմանի տա: (Լսումի ժամանակ բարեկամը կամ ընկերը չեն կարող թարգման լինել): Իմ լեզուն կամ բարբառը՝ _____

ՆՊԱՏՆԵՐԸ ՄԵՐԺՎԱԾ, ՓՈՒՎԱԾ ԿԱՄ ԳԿԿԱՐԵՑՎԱԾ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ

ՇՆՆԴՅԱՆ ԹՎԱԿԱՆ ՀԵՌԱՅԻՄ

ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ

ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԹՎԱՆԻԾ

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԹՎԱԿԱՆ

ԱՅՍ ԶԵՎԸ ԼՐԱՅՆՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ ՀԵՌԱՅԻՄ

- Ուզում եմ, որ ներքևը նշված անձը ինձ ներկայացնի այս լսումի ժամանակ: Այս անձին արտոնում եմ տեսնել իմ թղթածրարը կամ ինձ հետ գնալ լսումի: (Այս անձը կարող է լինել մի ընկեր կամ բարեկամ, բայց չի կարող թարգմանել ձեզ համար):

ԱՆՈՒՆ ՀԵՌԱՅԻՄ

ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ

ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԹՎԱՆԻԾ