

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ (Կառուցի)

ԵՌԱՄՍՅԱ ՏԵՂԵԿԱԳՐՈՂ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄՆԵԳԱԳՐՈՇՄԻ ՓՈՓՈՒՄՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

Ծանցագրի թվական : _____

Գործի Անունը : _____

Համարը Աշխատողի Անունը : _____

Համարը : _____

Հեռախոս : _____

Հասցե : _____

(ADDRESSEE)

Եթե ունեք որևէ հարց կամ այս գործողության մասին ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություն, խնդրում ենք կապ հաստատել ձեր աշխատողի հետ:

Նահանգային Լսում՝ Դուք կարող եք լսում պահանջել, եթե գտնում եք, որ գործողությունը սխալ է: Այս էջի հետևի կողմը ձեզ կապի ինչպես դիմել լսումի: Եթե գանձվող հավելյալ հատկացման վերաբերյալ լսում ունեցել եք արդեն, չեք կարող նոր լսում խնդրել, բացի եթե կարծում եք, որ հավելյալ հատկացման գանձումի պատճառով ձեր ստացած սննդադրոշմի նպաստների նոր գումարը սխալ է:

ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՓՈՓՈՒՄՈՒԹՅՈՒՆ

Սկսած _____թ.ից, ձեր սննդադրոշմի նպաստները կփոխվեն \$ _____-ից \$ _____-ի ամեն ամիս, քանի որ՝

Ձեզ արդեն տեղեկացրել են սննդադրոշմների հավելյալ հատկացման մասին և նվազ սննդադրոշմ եք ստանում, քանի որ Վարչաշրջանը (կառուցի) ձեր ամսական հատկացումը նվազեցնում է 10 տոկոսով կամ \$10-ով (որը որ ավելի է), վերավճարելու համար սննդադրոշմ-ները, որոնք ստացած չպետք է լինեին: Դատարանում կամ նահանգային լսումով, կամ քանի որ ստորագրել եք Ապարակավորման Հավանության Համաձայնագիր կամ Ապարակավորման Վարչական Լսումից Հրաժարագիր, որոշվել է, որ հավելյալ հատկացումը Ծրագրի Գիտումնավոր Խախտում է (IPV): Հիմա ձեր ամսական հատկացումը փոխվում է, քանի որ Վարչաշրջանը կարող է ձեր հատկացումը 20 տոկոսով կամ \$10-ով նվազեցնել (որը որ ավելի է): Եթե ձեր ամսական սննդադրոշմի հատկացման մեջ այլ փոփոխություններ ևս կատարվել են, այս ձևը ձեզ կտեղեկացնի:

ՆՊԱՍՏՆԵՐՈՒՄ ԱՌԱՋԱՐԿՎԱԾ ՓՈՓՈՒՄՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Սկսած _____թ.ից, ձեր ստացած սննդադրոշմի նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել, քանի որ ձեր շարունակվող պայմանագրությունը կամ նպաստների ճշգրիտ գումարը որոշելու համար անհրաժեշտ տեղեկությունը չի ստացվել ձեր Եռամսյա Պայմանագրության Կարգավիճակի Տեղեկանքի (QR 7) հետ: Մինչև հաջորդ ամսի առաջին օրը պետք է ստացած լինե՞նք հետևյալ տեղեկությունը՝

Եթե մի ծախսի ապացույց է պահանջվել և դուք այն չեք ներկայացրել, հաջորդ եռամսյակի նպաստները հաշվարկելիս՝ ծախսը չի թույլատրվի: Նաև, եթե չներկայացնեք այլ պահանջված տեղեկություններ, ձեր նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել:

Կարգեր՝ Հետևյալ կարգերն են վերաբերվում վերևի քայլ(եր)ի՝
Դրանք կարող եք քննել ձեր վեբ-բեյքի գրասենյակում:

ՈՉ ՄԻ ՓՈՓՈՒՄՈՒԹՅՈՒՆ ՆՊԱՍՏՆԵՐՈՒՄ

Ձեր սննդադրոշմի նպաստները այս եռամսյակում չեն փոփոխվել մեր ստացած փաստաթղթ(եր)ի/տեղեկության հետևանքով, քանի որ՝

Ձեր կամովին տեղեկագրած ցանկացած փոփոխություն պետք է վերստին տեղեկագրվի ձեր հաջորդ Եռամսյա Տեղեկանքում (QR 7), փոփոխության ապացույցի հետ մեկտեղ:

ԳԱԳԱՐԵՑՈՒՄ

Սկսած _____թ.ից, ձեր սննդադրոշմի նպաստները դադարեցվում են, քանի որ՝

Նպաստների դադարեցման նույն պատճառով, ձեր ընտանիքը նաև ապարակավորվում է Սննդադրոշմի Ծրագրին մասնակցելուց մինչև _____թ.: Կարող եք նպաստների համար վերստին դիմել ապարակավորման շրջանն ավարտվելուց հետո:

ՆԿԱՏՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ձեր ԼՍՈՒՄԻ 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 նպաստները նվազեցնելու կամ դադարեցնելու համար նշեք ներքևը՝

Այո, նվազեցրեք/դադարեցրեք՝ Կանխիկ Օգնությունը Սննդադրոշմը Երեխու Խնամքը

Մինչ սպասում եք Լսումի Վճռի հետևյալների համար՝

Վելֆերից Աշխատանք՝

Պարտավոր չեք մասնակից դառնալ գործունեությունների: 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 վճռին 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 ՏեղեկոՒԹՅՈՒՆ

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 վելֆերի 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 Վելֆերի 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 զանգեք **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 վելֆերի 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 Վելֆերի 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 ԳԱԿԱՐԵՑՎԱԾ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ		
ՇՆՆԻՑԱՆ ԹՎԱԿԱՆ	ՀԵՌԱՅՈՍ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՅԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԹՎԱՆԻԾ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԹՎԱԿԱՆ	
ԱՅՍ ԶԵՎԸ ԼՐԱՅՆՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԵՌԱՅՈՍ	
<input type="checkbox"/> 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	ՀԵՌԱՅՈՍ	
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՅԵ		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ԹՎԱՆԻԾ