

ՄԱՆԴԱԴՐՈՇՄԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ
ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ
EBT ՀԱՇՎԻ ՀԱՐԹՈՒՄ

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ (Կառուցի)

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:

Նահանգային Լսում՝ Դուք կարող եք լսում պահանջել, եթե գտնում եք, որ գործողությունը սխալ է: Այս էջի հետևի կողմը ձեզ կասի ինչպես դիմել լսումի:

ՀԱՇՎԻ ՀԱՐԹՄԱՆ ՎԵՐԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ՝

Վարչաշրջանը մերժել է ձեր \$ _____ ավելացնելու խնդրանքը ձեր Նպաստների Էլեկտրոնային Փոխանցման (EBT) սննդադրոշմի հաշվին:

ԱՀԱՎԱՍԻԿ ԹԵ ԻՆՉՈՒՐ

Ձեր սննդադրոշմի էլեկտրոնային նպաստի հաշիվը օգտագործելիս, համակարգի սխալ տեղի չի ունեցել՝

- Թվական՝
- Ժամ՝
- Վայր՝
- Գումար՝
- Այլ՝

Այս Ծանուցագիրը՝

- չի փոխի նպաստներին ձեր պայմանագրայինությունը.
- չի փոխի ձեր պայմանագրայինության ազդող փոփոխությունները տեղեկագրելու ձեր պատասխանատվությունը. և
- չի փոխի ձեր կանխիկ օգնության կամ Medi-Cal-ի նպաստները: Եթե կանխիկ օգնությունը կամ Medi-Cal-ի նպաստները փոխվեն, մեկ այլ ծանուցագիր կստանաք:
- ձեզ չի տա վճարված օգնության առկայի մասին իրավունքներ՝ հաշվի հարթման մերժման պատճառով:

ԿԱՐԳԵՐ՝ Այս կարգերն են կիրառելի: Քննեք դրանք ձեր վեբ-բեյժի գրասենյակում: MPP 16-705 և 16-705.32:

ՀԱՇՎԻ ՀԱՐԹՎԱԾ (Մանրամասնի կողմից)

_____-ին, ձեր սննդադրոշմի էլեկտրոնային նպաստի հաշվի հաշվեկշիռի կհանվի \$ _____ :

ԱՀԱՎԱՍԻԿ ԹԵ ԻՆՉՈՒՐ

Ձեր սննդադրոշմի էլեկտրոնային նպաստի հաշիվը օգտագործելիս, համակարգի սխալ է տեղի ունեցել՝

- Թվական՝
- Ժամ՝
- Վայր՝
- Գումար՝
- Այլ՝

ԿԱՐԵՎՈՐ

Ձեր նպաստները չեն կարող վերացվել ձեր EBT հաշվից եթե լսումի համար դիմեք գործողությունը տեղի ունենալուց առաջ: Դիմումի համար ունեք 15 օր:

Եթե ձեզանից պահանջվում է նպաստների վերադարձը և ձեր հաշվում չունեք բավարար նպաստներ սխալ գումարը վերադարձնելու համար, մենք այն դուրս կբերենք ձեր հաշիվի ամսվա նպաստներից:

Այս Ծանուցագիրը՝

- չի փոխի ձեր պայմանագրայինության ազդող փոփոխությունները տեղեկագրելու ձեր պատասխանատվությունը. և
- չի փոխի ձեր կանխիկ օգնության կամ Medi-Cal-ի նպաստները: Եթե կանխիկ օգնությունը կամ Medi-Cal-ի նպաստները փոխվեն, մեկ այլ ծանուցագիր կստանաք:
- չի փոխի նպաստներին ձեր պայմանագրայինությունը:

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՝

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 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:

ԱՅՆ ՏԵՎԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

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՝ _____

Լրացրեցի 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

ՇՆՆԻՑԱՆ ԹՎԱԿԱՆ ՀԵՌԱՅՈՍ

ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՅՑԵ

ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԹՎԱՆԻԹ

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԹՎԱԿԱՆ

ԱՅՍ ԶԵՎԸ ԼՐԱՅՆՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ ՀԵՌԱՅՈՍ

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 ՀԱՅՑԵ

ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ԹՎԱՆԻԹ