



ԴԻՄՈՒՄ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Եթե անաշխատունակ եք կամ այս դիմումի կապակցությամբ օգնության կարիք ունեք, տեղեկացրեք Վարչական շրջանի Սոցիալական ապահովության վարչությանը (այսուհետև՝ «Վարչական շրջան»), և Ձեզ կօգնեն:

Եթե նախընտրում եք խոսել, կարողալ կամ գրել անգլերենից տարբեր լեզվով, Վարչական շրջանը մարդ կնշանակի, ով անվճար կօգնի Ձեզ:

Ինչպե՞ս դիմեմ:

Օգտագործեք այս դիմումի ձևը, եթե դիմում եք միայն CalFresh նպաստների համար: CalFresh-ը պարենային օգնության ծրագիր է, որն օգնում է վճարել Ձեր ընտանիքի համար սննդամթերք գնելու ծախսերը: Եթե ուզում եք դիմել CalFresh-ից տարբեր ծրագրերի համար, օրինակ՝ CalWORKs-ի կամ Medi-Cal-ի, խնդրեք համապատասխան դիմումի ձև, որպեսզի դիմեք այլ ծրագրերի համար: CalFresh-ի կամ այլ ծրագրերի համար դիմել կարող եք նաև առցանց՝ այցելելով <http://www.benefitscal.org/> կայքը: Կարող եք տեսնել արդյոք կարող եք ծրագրերից օգտվելու իրավունք ունենալ՝ այցելելով <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm> կայքէջը:

- Եթե կարող եք, լրացրեք ամբողջ դիմումի ձևը: Դուք պետք է Վարչական շրջանին տրամադրեք առնվազն Ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը (1-ին էջի 1-ին հարցը)՝ դիմումի գործընթացը սկսելու համար:
- Դիմումը Վարչական շրջանին հանձնեք անձամբ, փոստով, հեռապատճենով կամ ինտերնետով:
- Այն օրվանից, երբ Վարչական շրջանը ստանում է Ձեր ստորագրված դիմումը, սկսվում է Ձեզ պատասխան տալու ժամանակը՝ արդյոք կարող եք նպաստներ ստանալ: Եթե գտնվում եք հաստատությունում, այդ ժամանակը սկսվում է այնտեղից դուրս գալու օրվանից:

Ո՞րն է իմ հաջորդ քայլը:

- Դիմումը ստորագրելուց առաջ կարդացեք Ձեր իրավունքների ու պարտականությունների մասին («Օրագրի կանոնների» 1-3 էջերը):
- Դուք պետք է հարցազրույց անցնեք Վարչական շրջանում՝ Ձեր դիմումը քննարկելու համար: Հարցազրույցների մեծ մասն անցկացվում է հեռախոսով, բայց կարող է հարցազրույց անցկացվել նաև առերես՝ Վարչական շրջանի գրասենյակում կամ Վարչական շրջանի հետ պայմանավորված այլ վայրում: Եթե հաշմանդամություն ունեք, այլ պայմանավորվածություններ կարող են ձեռք բերվել:
- Եթե դիմումը թերի էք լրացրել, այն կարող եք ավարտել հարցազրույցի ընթացքում:
- Ձեզնից կպահանջվի ներկայացնել Ձեր եկամուտը, ծախսերը և այլ հանգամանքներ հաստատող փաստաթղթեր՝ տեսնելու համար, թե արդյոք համապատասխանում եք պահանջներին:

Ինչքա՞ն կտևի դիմումի գործընթացը:

Ձեր դիմումի ընթացքը կարող է տևել մինչև 30 օր: Հնարավոր է, որ կարողանաք նպաստներ ստանալ 3 օրացուցային օրվա ընթացքում, եթե՝

- Ձեր ընտանիքի ամսական համախառն եկամուտը (եկամուտ նախքան նվազեցումները) \$150-ից քիչ է, իսկ Ձեր ձեռքին եղած կանխիկ փողը կամ ընթացիկ չեկային կամ խնայողական հաշիվներում առկա գումարը \$100 է կամ ավելի քիչ, կամ.
- Ձեր ընտանիքի բնակարանային ծախսերը (վարձակալություն կամ գրավադրման փոխառություն և կենցաղային ծառայություններ) ավելին են, քան Ձեր ամսական համախառն եկամուտը և կանխիկ փողը կամ չեկային կամ խնայողական հաշիվներում առկա փողը, կամ.
- Դուք արտագնա կամ սեզոնային գյուղատնտեսական աշխատողի ընտանիք եք՝ Ձեր չեկային կամ խնայողական հաշիվներում ունենալով \$100-ից քիչ գումար, և 1) այլևս եկամուտ չեք ստանում, կամ 2) սկսել եք եկամուտ ունենալ, բայց չեք ակնկալում \$25-ից ավելի ստանալ հաջորդ 10 օրում:

Որպեսզի Վարչական շրջանին օգնեք որոշել՝ արդյոք կարող եք նպաստները ստանալ երեք օրում, խնդրում ենք պատասխանել 1-ին, 6-րդից մինչև 8-րդ, 11-րդ և 16-րդ հարցերին և դիմումի հետ միասին անձը հաստատող փաստաթուղթ ներկայացնել Վարչական շրջանին (եթե ունեք այդպիսի փաստաթուղթ):

Վարչական շրջանը Ձեզ նամակ կուղարկի՝ տեղեկացնելով, թե արդյոք Ձեր ընտանիքը հաստատում կամ մերժում է ստացել CalFresh նպաստների համար:

Տեղեկատվական էջ - Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:

Ի՞նչ է հարկավոր իմ հարցազրույցի համար:

Ձզձգումներից խուսափելու համար, հարցազրույցի ներկայանալիս, բերեք ստորև նշված փաստաթղթերը: Հարցազրույցին ներկայացրեք, նույնիսկ եթե փաստաթղթեր չունեք: Հնարավոր է՝ Վարչական շրջանը կարողանա օգնել Ձեզ, եթե փաստաթղթերը ձեռք բերելու համար օգնության կարիք ունեք: Հարցազրույցի ընթացքում Վարչական շրջանը կուսումնասիրի դիմումում նշված տեղեկությունները և հարցեր կտա՝ պարզելու, թե արդյոք կարող եք CalFresh նպաստներ ստանալ, և ինչ գումարի նպաստներ կարող եք ստանալ:

Նպաստներ ստանալու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերը

- անձը հաստատող փաստաթուղթ (վարորդական իրավունքի վկայական, նահանգային նույնականացման քարտ, անձնագիր) .
- Ձեր բնակության վայրը (վարձակալության պայմանագիր, կոմունալ ծառայությունների վարձավճարի ընթացիկ անդորրագիր, որտեղ նշված է հասցեն) .
- սոցիալական ապահովության քարտերի համարները (ստորև տե՛ս ծանոթագրությունը ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող որոշ անձանց մասին) .
- Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների բանկային հաշիվներում առկա գումարը (բանկային հաշիվների վերջերս տրված քաղվածքներ) .
- Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների վաստակած եկամուտը վերջին 30 օրվա ընթացքում (վերջերս տրված աշխատավարձի վճարման անդորրագրերը, գործատուի տեղեկանքը): **ՏԱՆՈՒԹՅՈՒՆ**. Մեֆական գործ ունենալու դեպքում՝ եկամուտների և ծախսերի կամ հարկերի վճարման հաշվետվությունները .
- չվաստակած եկամուտը (գործազրկության նպաստներ, սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտ (SSI), սոցիալական ապահովագրություն, վետերանի նպաստներ, երեխայի ապրուստավճար, արտադրական վնասվածքի փոխհատուցում, դպրոցական դրամաշնորհներ կամ վարկեր, վարձակալությունից ստացվող եկամուտ և այլն) .
- օրինական ներգաղթային կարգավիճակ **ՄԻՍՏ** ոչ-քաղաքացիների համար, ովքեր դիմում են նպաստներ ստանալու համար (օտարերկրացու գրանցման քարտ, վիզա): **ՏԱՆՈՒԹՅՈՒՆ**. Հնարավոր է, որ ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող որոշ անձանցից, ովքեր ներգաղթային կարգավիճակի համար դիմում են ներկայացնում ընտանեկան բնության, քրեական գործով դատավարության կամ մարդկանց առևտրի պատճառով, այդպիսի փաստաթուղթ չպահանջվի: Նրանց դեպքում կարող է նաև սոցիալական ապահովության քարտի համարի անհրաժեշտություն չլինել:

Ավելի մեծ CalFresh նպաստներ ստանալու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերը

- բնակարանային ծախսեր (վարձակալական վճարի ստացականներ, գրավադրման փոխառության վճարման անդորրագրեր, գույքահարկի վճարման անդորրագիր, ապահովագրական փաստաթղթեր) .
- հեռախոսի և կոմունալ ծառայությունների ծախսեր .
- Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր տարեց (60 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի) կամ հաշմանդամ անդամի բժշկական ծախսերը .
- երեխայի և չափահասի խնամքի ծախսերը՝ այն հանգամանքով պայմանավորված, որ ինչ-որ մեկն աշխատում է, աշխատանք է փնտրում, հաճախում է վերապատրաստման դասընթացի կամ դպրոց կամ մասնակցում է որևէ պարտադիր աշխատանքային գործունեության .
- երեխայի ապրուստավճարը, որը վճարում է Ձեր ընտանիքի որևէ անձ:

Ինչպե՞ս ստանամ և օգտագործեմ իմ CalFresh նպաստները:

- Վարչական շրջանը փոստով կառաքի կամ անձամբ Ձեզ կտա նպաստների էլեկտրոնային փոխանցման պլաստիկ քարտ (EBT): Նպաստները կմուտքագրվեն քարտի մեջ, երբ Ձեր դիմումը հաստատվի: Քարտը ստանալիս այն ստորագրեք: Դուք պիտի անձնական նույնականացման համար (PIN) ստեղծեք, որպեսզի կարողանաք քարտն օգտագործել:
- Եթե Ձեր EBT քարտը կորչի, գողացվի կամ փչանա, կամ եթե կարծում եք, որ ինչ-որ մեկը, հավանաբար, գիտի Ձեր PIN համարը, և Դուք չեք ցանկանում, որ նա օգտագործի Ձեր նպաստները, անհապաղ զանգահարեք (877) 328-9677 կամ Վարչական շրջանի հեռախոսահամարով: Համոզվեք, որ բոլոր պատասխանատու չափահասները և Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը նույնպես գիտեն, թե ինչպես անհապաղ հայտնել այդ խնդիրների մասին: Եթե չեք հայտնում, որ մի ուրիշ մարդ ունի Ձեր PIN համարը և կարող է Ձեր կամքին հակառակ ծախսել նպաստները, և եթե այդ դեպքում չեք փոխում PIN համարը, ապա ոչ մի օգտագործված նպաստ չի վերականգնվի:
- Ձեր CalFresh նպաստները կարող եք օգտագործել գրեթե ամեն տեսակի սննդամթերք, ինչպես նաև Ձեր սեփական մթերքն աճեցնելու նպատակով սերմեր և բույսեր գնելու համար: Չի թույլատրվում գնել ալկոհոլ, ծխախոտ, ընտանի կենդանիների սնունդ, որոշ տեսակների եփված սննդամթերք կամ ցանկացած բան, որը սննդամթերք չէ (օրինակ՝ ատամի մածուկ, օճառ կամ թղթե սրբիչներ):
- CalFresh նպաստներն ընդունվում են նպարեղենի խանութների մեծ մասում և սննդամթերք վաճառող այլ վայրերում: Ձեր մոտակայքում գտնվող և EBT ընդունող վայրերի ցանկին ծանոթանալու համար այցելեք <https://www.ebt.ca.gov> կամ <https://www.snapfresh.org> կայքերը:
- CalFresh նպաստները նախատեսված են միայն Ձեզ և Ձեր ընտանիքի անդամների համար: Ապահով պահեք Ձեր նպաստները: Որևէ մեկին մի հայտնեք Ձեր PIN համարը: PIN համարը մի պահեք Ձեր EBT քարտի հետ:

Իսկ եթե ես անօթևան եմ:

Եթե անօթևան եք, Վարչական շրջանին անհապաղ տեղյակ պահեք այդ մասին, որպեսզի Ձեզ կարողանան օգնել գտնել որևէ հասցե, որը կօգտագործվի Ձեր դիմումն ընդունելու և Վարչական շրջանից Ձեր գործի վերաբերյալ ծանուցագրեր ստանալու համար: CalFresh-ի պարագայում անօթևան լինելը նշանակում է, որ Դուք

- A. մնում եք վերահսկվող օթևանում, սոցիալական վերականգնման հաստատությունում կամ նմանատիպ վայրում.
- B. մնում եք ուրիշ մարդու կամ ընտանիքի տանը 90 օրից ոչ ավելի.
- C. քնում եք քնի համար չնախատեսված կամ սովորաբար քնելու համար չօգտագործվող վայրում (օրինակ՝ միջանցքում, ավտոբուսի կանգառում, նախասրահում կամ նմանատիպ վայրերում):

Տեղեկատվական էջ - Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:

ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ ԵՎ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ձեր պարտավորությունն է՝

- Վարչական շրջանին տրամադրել Ձեր իրավունակությունը որոշելու համար անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները.
- անհրաժեշտության դեպքում Վարչական շրջանին տրամադրել Ձեր ունեցած տեղեկությունների հիմքերը.
- անհրաժեշտության դեպքում հաղորդել փոփոխությունների մասին: Վարչական շրջանը Ձեզ տեղեկատվություն կտա առ այն, թե ինչ, երբ և ինչպես հաղորդեք: Եթե չեք բավարարում Ձեր ընտանիքի մասին հաշվետվության պահանջները, Ձեր գործը կփակվի, կամ Ձեզ հատկացվող CalFresh նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել.
- փնտրել, ստանալ կամ պահել աշխատանք կամ զբաղվել այլ գործունեությամբ, եթե Վարչական շրջանը Ձեզ տեղեկացնի, որ դա պարտադիր է Ձեր գործում.
- լիովին համագործակցել վարչական շրջանի, նահանգային կամ դաշնային աշխատակազմի հետ, եթե Ձեր գործն ընտրվել է ուսումնասիրման կամ հետաքննման համար՝ համոզվելու, որ Ձեր իրավունակության ու նպաստների աստիճանը ճիշտ է հաշվարկվել: Այս ուսումնասիրություններում չհամագործակցելը կհանգեցնի Ձեր նպաստների կորստին.
- վերադարձնել ցանկացած կանխիկ դրամական օգնություն կամ CalFresh նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք չեք ունեցել:

Դուք իրավունք ունեք՝

- դիմում ներկայացնելու CalFresh ծրագրի համար՝ տրամադրելով միայն Ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը.
- անհրաժեշտության դեպքում անվճար ունենալու Նահանգի կողմից հատկացված թարգմանիչ.
- ունենալու Վարչական շրջանին տրամադրված տեղեկությունները գաղտնի պահելու երաշխիք, եթե այդ տեղեկություններն ուղղակիորեն չեն առնչվում վարչական շրջանի ծրագրերի կառավարմանը.
- ցանկացած ժամանակ հետ վերցնելու Ձեր դիմումը, նախքան Վարչական շրջանը կորոշի Ձեր իրավունակությունը.
- խնդրելու օգնություն, որպեսզի լրացնեք Ձեր դիմումը CalFresh-ի համար կամ ստանաք կանոնների բացատրությունը.
- խնդրելու օգնություն, որպեսզի ստանաք հարկավոր ապացույցը.
- արժանանալու քաղաքավարի, սիրալիք ու հարգալից վերաբերմունքի և չենթարկվելու որևէ խտրականության.
- 3 օրվա ընթացքում ստանալու CalFresh նպաստներ, եթե համապատասխանում եք Արագացված ծառայության (Expedited Service) պահանջներին.
- դիմումը ներկայացնելուց հետո ողջամիտ ժամկետում հարցազրույցի հրավիրվելու Վարչական շրջանի կողմից և ունենալու երաշխիք, որ 30 օրվա ընթացքում կորոշվի նպաստներից օգտվելու Ձեր իրավունքը.
- ունենալու առնվազն 10 օր, որպեսզի Ձեր իրավունակությունը որոշելու նպատակով Վարչական շրջանին ներկայացնեք անհրաժեշտ ապացույցը.
- Վարչական շրջանի կողմից Ձեր CalFresh նպաստները նվազեցնելուց կամ դադարեցնելուց առնվազն 10 օր առաջ գրավոր ծանուցում ստանալու այդ մասին.
- Ձեր գործն Վարչական շրջանի հետ քննարկելու և վերջինիս կողմից ուսումնասիրվելու, եթե այդպիսի խնդրանք ներկայացնեք.
- 90 օրվա ընթացքում պահանջելու Նահանգային լուսմներ, եթե Ձեր CalFresh գործի հարցում համաձայն չեք Վարչական շրջանի դիրքորոշմանը: Եթե լուսմներ եք պահանջում նախքան Ձեր CalFresh գործի վերաբերյալ որևէ գործողության տեղի ունենալը, ապա Ձեր CalFresh նպաստները նույնը կմնան մինչև լուսմները կամ Ձեր վկայագրման ժամանակաշրջանի ավարտը՝ նայած, թե այդ երկու իրադարձություններից որն ավելի շուտ տեղի կունենա: Դուք կարող եք Վարչական շրջանին խնդրել, որ նպաստների փոփոխություն թույլ տա միայն լուսմներից հետո, որպեսզի ստիպված չլինեք վերադարձնել որևէ գերավճարված նպաստ: Եթե Վարչական իրավախախտումների գործերով դատավորը վճիռ է կայացնում Ձեր օգտին, ապա Վարչական շրջանը Ձեզ կվերադարձնի նախկինում կրճատված բոլոր նպաստները.
- հարցնելու լուսմներին վերաբերող Ձեր իրավունքների մասին կամ պահանջելու իրավաբանական օգնության նշանակում՝ օգտվելով անվճար հեռախոսահամարից՝ **1-800-952-5253** կամ, լսողության և խոսքի խանգարումներով անձանց համար, ովքեր խոսքի հեռահաղորդակցման սարք (ԽՀՄ) են օգտագործում, **1-800-952-8349**: Դուք կարող եք անվճար իրավաբանական օգնություն ստանալ իրավաբանական օգնություն կամ սոցիալական օգնության իրավունքների տեղական գրասենյակներից.
- լուսմներին ներկայանալու ընկերոջ կամ այլ անձի հետ, եթե չեք ուզում մենակ լինել.
- Վարչական շրջանից աջակցություն ստանալու քվեարկման համար գրանցվելու հարցում.
- հայտնելու փոփոխությունները, որոնց մասին հաղորդելը պարտադիր չէ, եթե դա կարող է մեծացնել Ձեր CalFresh նպաստները.
- ապացույց տրամադրելու Ձեր տնային տնտեսության ծախսերի վերաբերյալ, որը կարող է նպաստել ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալուն: Վարչական շրջանին ապացույց չտրամադրելը նույնն է, ինչ ասելը, թե ծախսեր չունեք, և այդ դեպքում Դուք չեք կարողանա ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալ.
- Վարչական շրջանին տեղյակ պահելու այն մասին, թե արդյոք կցանկանայիք, որ մեկ այլ անձ Ձեր CalFresh նպաստներն օգտագործի Ձեր ընտանիքի համար կամ օգնի Ձեր CalFresh ծրագրի գործում (Լիազոր ներկայացուցիչ):

Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:

Օրագրի կանոնները և տուգանքները

Դուք հանցանք կգործեք, եթե կեղծ կամ սխալ տեղեկատվություն տրամադրեք կամ միտումնավոր չտրամադրեք բոլոր տեղեկություններն այն նպատակով, որպեսզի ստանաք CalFresh նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք չունեք, կամ որպեսզի ինչ-որ այլ անձի օգնեք ստանալ նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք նա չունի: Դուք պարտավոր եք վերադարձնել ցանկացած նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք չեք ունեցել:

Ես հասկանում եմ, որ եթե...	Ես կարող եմ...
<p>CalFresh-ի պարագայում ես հասկանում եմ, որ, եթե միտումնավոր թույլ տամ ծրագրի խախտում՝ կատարելով ստորև նշվածներից որևէ մեկը</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • թաքցնեմ տեղեկություններ կամ կեղծ հայտարարություններ անեմ 	<ul style="list-style-type: none"> • առաջին հանցանքի դեպքում 12 ամսով զրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ
<ul style="list-style-type: none"> • օգտագործեմ նպաստների էլեկտրոնային փոխանցման (electronic benefit transfer, EBT) քարտեր, որոնք պատկանում են մեկ ուրիշին, կամ թույլ տամ, որ մեկ ուրիշն օգտագործի իմ քարտը 	<ul style="list-style-type: none"> • երկրորդ հանցանքի դեպքում 24 ամսով զրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ
<ul style="list-style-type: none"> • CalFresh նպաստներն օգտագործեմ ալկոհոլային խմիչք կամ ծխախոտ գնելու համար 	<ul style="list-style-type: none"> • երրորդ հանցանքի դեպքում ընդմիջտ զրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ
<ul style="list-style-type: none"> • փոխանակեմ, վաճառեմ կամ նվիրեմ CalFresh նպաստները կամ EBT քարտերը 	<ul style="list-style-type: none"> • տուգանվել մինչև \$250000, ազատագրվել մինչև 20 տարի, կամ՝ երկուսը
<ul style="list-style-type: none"> • CalFresh նպաստները փոխանակեմ վերահսկվող նյութերի, օրինակ՝ թմրանյութերի հետ 	<ul style="list-style-type: none"> • առաջին հանցանքի դեպքում 24 ամսով զրկվել CalFresh նպաստներից • երկրորդ հանցանքի դեպքում ընդմիջտ զրկվել CalFresh նպաստներից
<ul style="list-style-type: none"> • կեղծ տեղեկություններ տրամադրեմ իմ անձի և բնակվելու վայրի մասին, որպեսզի կարողանամ հավելյալ CalFresh նպաստներ ստանալ 	<ul style="list-style-type: none"> • յուրաքանչյուր հանցանքի դեպքում 10 տարով զրկվել CalFresh նպաստներից
<ul style="list-style-type: none"> • դատապարտված լինեմ \$500-ից ավելի մեծ արժողությամբ CalFresh նպաստներ փոխանակելու կամ վաճառելու կամ CalFresh նպաստները հրազենի, զինամթերքի կամ պայթուցիկ նյութերի հետ փոխանակելու համար 	<ul style="list-style-type: none"> • առնվազն զրկվել CalFresh նպաստներից:

Վարկոր տեղեկություններ Միացյալ Նահանգների քաղաքացի չհանդիսացող անձանց համար

- Դուք կարող եք դիմել և CalFresh նպաստներ ստանալ դրանք ստանալու իրավունք ունեցող անձանց համար, նույնիսկ եթե Ձեր ընտանիքի անդամ լինեն դրանք ստանալու իրավունք չունեցող այլ անձինք: Օրինակ՝ ներգաղթյալ ծնողները կարող են CalFresh նպաստների համար դիմել ԱՄՆ քաղաքացի հանդիսացող կամ պահանջներին համապատասխանող ներգաղթյալ երեխաների համար՝ չնայած ծնողներն իրենք կարող են դրանք ստանալու իրավունք չունենալ:
- Պարենային նպաստներ ստանալու հանգամանքը չի ազդի Ձեր կամ Ձեր ընտանիքի ներգաղթային կարգավիճակի վրա: Ներգաղթի վերաբերյալ տեղեկությունները մասնավոր և գաղտնի են:
- Միացյալ Նահանգների քաղաքացի չհանդիսացող անձանց ներգաղթային կարգավիճակը, ովքեր իրավասու են և դիմում են նպաստների համար, ստուգվելու են ԱՄՆ Քաղաքացիության և ներգաղթի ծառայությունների (Citizenship and Immigration Services, USCIS) կողմից: Ըստ դաշնային օրենսդրության՝ USCIS-ը չի կարող տեղեկություններն օգտագործել որևէ այլ նպատակով, բացի խարդախության դեպքերից:

Հրաժարում

Դուք պարտավոր չեք ներգաղթի վերաբերյալ տեղեկություններ, սոցիալական ապահովության քարտի համարներ կամ փաստաթղթեր տրամադրել ընտանիքի՝ ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող և CalFresh նպաստներ ստանալու համար չդիմող անդամի (անդամների) համար: Հարկ կլինի, որ Վարչական շրջանը տեղեկություններ ունենա նրանց եկամտի և միջոցների մասին, որպեսզի ստույգ որոշի Ձեր ընտանիքի նպաստների չափը: Վարչական շրջանը USCIS-ին չի դիմի այն մարդկանց մասին տեղեկանալու համար, ովքեր CalFresh նպաստների համար չեն դիմում:

Սոցիալական ապահովության քարտերի համարների (SSN) օգտագործում

CalFresh նպաստների համար դիմող ցանկացած ոք պետք է տրամադրի SSN համար, եթե այդպիսին ունի, կամ ապացույց, որ դիմել է SSN ստանալու համար (օրինակ՝ տեղեկանք Սոցիալական ապահովության գրասենյակից): Վարչական շրջանը կարող է CalFresh նպաստները մերժել Ձեզ կամ Ձեր ընտանիքի ցանկացած անդամին, ով SSN չի տրամադրում մեզ: Որոշ անձինք, օրինակ՝ ընտանեկան բռնության զոհերը, քրեական գործով մեղադրող կողմի վկաները և մարդկանց առևտրի զոհերը, պարտավոր չեն օգնություն ստանալու համար SSN համարներ տրամադրել:

Գերթողարկում

Դա նշանակում է, որ Դուք ստացել եք ավելի շատ CalFresh նպաստներ, քան պետք է ստանայիք: Ձեզնից կպահանջվի դրանք հետ վերադարձնել, նույնիսկ եթե Վարչական շրջանը սխալվել է, կամ դա նպատակային չի եղել: Հնարավոր է, որ Ձեր նպաստները նվազեցվեն կամ դադարեցվեն: Ձեր SSN համարը կարող է օգտագործվել տիրապետած նպաստների գումարը դատարանների, գանձող գործակալությունների կամ դաշնային կառավարության գանձման գործողության միջոցով գանձելու համար:

Հաղորդում փոփոխությունների մասին

CalFresh նպաստներ ստացող ցանկացած ընտանիք պետք է հաղորդի որոշակի փոփոխությունների մասին: Ձեր Վարչական շրջանը կասի, թե ինչ փոփոխությունների մասին հաղորդել, ինչպես և երբ դրանք հաղորդել: Փոփոխությունների մասին չհաղորդելը կարող է հանգեցնել Ձեր CalFresh նպաստների նվազեցմանը կամ դադարեցմանը: Նաև կարող եք հաղորդել այնպիսի իրադարձությունների մասին, որոնք կարող են մեծացնել Ձեր նպաստները, օրինակ՝ ավելի քիչ եկամուտ ստանալու մասին:

Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահուցի համար:

Նահանգային լսումներ

Դուք Նահանգային լսումների իրավունք ունեք, եթե համաձայն չեք Ձեր դիմումի կամ ընթացիկ նպաստների հետ կապված որևէ գործողության: Դուք կարող եք Նահանգային լսումներ պահանջել Վարչական շրջանի գործողությունից հետո 90 օրվա ընթացքում, և պետք է բացատրեք լսումներ պահանջելու պատճառը: Հաստատման կամ մերժման մասին ծանուցագիրը, որը կստանաք Վարչական շրջանից, Նահանգային լսումներ պահանջելու կարգի վերաբերյալ տեղեկատվություն կպարունակի: Եթե լսումներ պահանջեք նախքան գործողության տեղի ունենալը, ապա կկարողանաք մինչև որոշման կայացումը նույն մակարդակի վրա պահել Ձեր CalFresh նպաստները:

Խտրականության անթույլատրելիություն

Նահանգի և Վարչական շրջանի քաղաքականությունը սահմանում է հավասար, հարգալից և արժանապատիվ վերաբերմունք բոլոր մարդկանց նկատմամբ: Դաշնային օրենսդրության և ԱՄՆ Գյուղդեպարտամենտի (U.S. Department of Agriculture, USDA) քաղաքականության համաձայն խստիվ արգելվում է խտրականությունն ըստ ռասայական պատկանելության, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, սեռի, տարիքի, կրոնի, քաղաքական հայացքների կամ որևէ հաշմանդամության:

Խտրականության հարցով բողոք ներկայացնելու համար դիմեք ձեր Վարչական շրջանի քաղաքացիական իրավունքների հարցերով համակարգողին կամ գրեք կամ զանգահարեք USDA-ին կամ Կալիֆոռնիա նահանգի Սոցիալական ծառայությունների վարչությանը (California Department of Social Services, CDSS)

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave. S.W.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (ձայնային և ԽՀՄ)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (անվճար)

USDA-ը հավասար հնարավորություններ տրամադրող գործատու է:

Մասնավոր կյանքի անձեռնմխելիության մասին օրենքը և տեղեկությունների բացահայտումը

Դուք դիմումի մեջ ներկայացնում եք անձնական տեղեկություններ: Վարչական շրջանն այդ տեղեկություններն օգտագործում է, որպեսզի որոշի՝ արդյոք համապատասխանում եք նպաստներ ստանալու պահանջներին: Եթե տեղեկություններ չտրամադրեք, Վարչական շրջանը կարող է մերժել Ձեր դիմումը: Դուք ունեք Վարչական շրջանին տրամադրած ցանկացած տեղեկություն վերանայելու, փոխելու կամ ուղղելու իրավունք: Վարչական շրջանը Ձեր տեղեկությունները ցույց չի տա կամ չի տրամադրի ուրիշներին, եթե Վարչական շրջանին չտաք այդպիսի թույլտվություն, կամ եթե դաշնային և նահանգային օրենսդրությունը դա թույլ չտա: Վարչական շրջանն այդ տեղեկությունները կստուգի համապատասխանությունը ստուգող համակարգչային ծրագրերի միջոցով, ներառյալ Եկամուտների և աշխատավարձերի ստուգման համակարգը (Income and Earnings Verification System, IEVS): Այս տեղեկություններն օգտագործվելու են ծրագրի կանոնակարգերին համապատասխանելը մշտադիտարկելու և ծրագիրը կառավարելու նպատակով: Վարչական շրջանը կարող է այդ տեղեկությունները հայտնել ուրիշ դաշնային և նահանգային գործակալություններին՝ պաշտոնական քննություն անցկացնելու համար, իրավապահ մարմինների աշխատակիցներին՝ օրենքից խուսափող և փախչող անձանց ձերբակալելու նպատակով, և մասնավոր հայցեր հավաքող գործակալություններին՝ փոխհատուցման հայցեր հավաքելու գործողություն իրականացնելու համար: Վարչական շրջանը կարող է ստուգել նպաստների համար դիմող ընտանիքի անդամների ներգաղթային կարգավիճակը՝ դիմելով USCIS-ին: Տեղեկությունները, որոնք Վարչական շրջանը ձեռք է բերում այդ գործակալություններից, կարող են ազդել Ձեր իրավունակության և նպաստների մակարդակի վրա:

Գործի նյութերի ուսումնասիրություններ

Հնարավոր է, որ Ձեր գործն ընտրվի լրացուցիչ ուսումնասիրման համար՝ համոզվելու, որ Ձեր իրավունակությունը ճիշտ էր որոշվել: Դուք պարտավոր եք ցանկացած հետաքննության կամ ուսումնասիրության, ներառյալ որակի հսկման ուսումնասիրության հարցում լիովին համագործակցել վարչական շրջանի, նահանգային կամ դաշնային աշխատակազմի հետ: Այս ուսումնասիրություններում չհամագործակցելը կարող է հանգեցնել Ձեր նպաստների կորստին:

CalFresh-ի աշխատանքային կանոններ

Վարչական շրջանը կարող է Ձեզ հանձնարարել աշխատանքային ծրագիր: Ձեզ կտեղեկացվի՝ արդյոք դա կամավոր է, թե Դուք պարտավոր եք կատարել աշխատանքային ծրագիրը: Եթե ունեք պարտադիր աշխատանքային գործունեություն, բայց այն չեք կատարում, Ձեզ հատկացվող նպաստները կարող են նվազեցվել կամ դադարեցվել:

Հնարավոր է, որ չունենաք CalFresh-ից օգուտվելու իրավունք, եթե վերջերս թողել եք որևէ աշխատանք:

EBT քարտի օգտագործում

Որևէ նպաստ, որը հանվել է Ձեր հաշվից, նախքան Դուք, ընտանիքի մեկ այլ անդամ կամ Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը կհայտնեք EBT քարտի կամ PIN-ի կորստի կամ գողացման մասին, չի վերականգնվի:

Ձեր EBT քարտի ցանկացած օգտագործում Ձեր, ընտանիքի անդամի, լիազոր ներկայացուցչի կամ որևէ մեկի կողմից, ում կամավոր տվել եք Ձեր EBT քարտը կամ PIN-ը, կհամարվի Ձեր հավանությամբ իրականացված, և Ձեր հաշվից հանված որևէ նպաստ չի վերականգնվի:

Եթե չեք հայտնում, որ մի ուրիշ մարդ ունի Ձեր PIN համարը և կարող է Ձեր կամքին հակառակ ծախսել նպաստները, և եթե այդ դեպքում չեք փոխում PIN համարը, ապա ոչ մի օգտագործված նպաստ չի վերականգնվի:

Խնդրում ենք վերցնել այս փաստաթուղթը և պահել Ձեր սեփական պահոցի համար:

ՆՇՈՒՄՆԵՐ

Խնդրում ենք գրել սև կամ կապույտ թանաքով, քանի որ այդպես ավելի հեշտ է կարդալ և առավել լավ է պատճենահանվում: Խնդրում ենք տպագիր գրել Ձեր պատասխանները:

Եթե հարցին (հարցերին) պատասխանելու համար ավելի շատ տեղ է հարկավոր, օգտագործեք 10-րդ էջի «Լրացուցիչ նշումների համար» բաժինը և անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ թերթեր տեղեկությունները տրամադրելու համար: Անպայման նշեք, թե լրացուցիչ թերթի հավելյալ տարածքում որ հարցի մասին եք գրում:

1. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԴԻՄՈՂԻ ՄԱՍԻՆ

ԱՆՈՒՐ (ԱՆՈՒՆ, ՀԱՅԴԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)	ԱՅԼ ԱՆՈՒՆՆԵՐ (ՕՐԻՈՐԳԱԿԱՆ ԱԶԳԱՆՈՒՆ, ՄԱԿԱՆՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԱՅԼՆ)	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏԻ ՀԱՍՄԱՐ (Եթե ունեք ԵՎ ԴԻՄՈՒՄ ԵՔ ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)	
ՏԱՆ ՀԱՍՑԵՆ ԵՎ ԴԵՊԻ ՁԵՐ ՏՈՒՆ ՏԱՆՈՂ ՈՒՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	ՔԱՂԱՔԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆՆԵՔՍԸ
ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵՆ (Եթե ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾԻՑ ՏԱՐԲԵՐ Է)	ՔԱՂԱՔԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆՆԵՔՍԸ
ՏԱՆ ՀԵՌԱՄՈՍԸ	ԷԼՓՈՍՏԻ ՀԱՍՑԵՆ		
ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ/ԱՅԼԸՆԸՄԱՆՔԱՅԻՆ/ՀՍՂՈՐԳԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԹՈՂՆԵԼՈՒ ՀԵՌԱՄՈՍԸ	Ես ուզում եմ իմ գործի վերաբերյալ հաղորդագրություններ ստանալ էլեկտրոնային փոստով: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		

Դուք անօթևան եք: Այո Ոչ Եթե այո, Վարչական շրջանին անհապաղ տեղյակ պահեք Ձեր անօթևան լինելու մասին, որպեսզի Ձեզ կարողանան օգնել գտնել որևէ հասցե, որը կօգտագործվի Ձեր դիմումն ընդունելու և վարչական շրջանից Ձեր գործի մասին ծանուցագրեր ստանալու համար:

Ո՞ր լեզվով եք նախընտրում կարդալ (եթե այդ լեզուն անգլերենը չէ): _____
 Ո՞ր լեզվով եք նախընտրում խոսել (եթե այդ լեզուն անգլերենը չէ): _____

Վարչական շրջանն անվճար կտրամադրի թարգմանիչ: Եթե խուլ եք կամ թույլ լսողություն ունեք, նշեք այստեղ

Դուք ունե՞ք հաշմանդամություն և օգնության կարիք՝ դիմումը լրացնելու համար: Այո Ոչ

Ձեզ հետաքրքրո՞ւմ է Medi-Cal ծրագրի համար դիմելու տարբերակը: Եթե պատասխանեք այո, Վարչական շրջանը Ձեր պատասխանները կօգտագործի պարզելու համար, թե արդյոք կարող եք Medi-Cal ստանալ: Այո Ոչ

Ձեր ընտանիքի ամսական համախառն եկամուտը \$150-ից քիչ է, և կանխիկ փողը կամ ընթացիկ չեկային և խնայողական հաշիվներում առկա փողը \$100 կամ ավելի պակաս է: Այո Ոչ

Ձեր ընտանիքի ամսական համախառն եկամուտն ու կանխիկ փողը կամ ընթացիկ չեկային և խնայողական հաշիվներում առկա փողը միասին ավելի քիչ է, քան վարձակալության վճարի կամ գրավադրման փոխառության և կենցաղային ծառայությունների վճարման ընդհանուր ծախսը: Այո Ոչ

Ձեր ընտանիքն արտազան կամ սեզոնային գյուղատնտեսական աշխատողի ընտանիք է \$100 չգերազանցող իրացվելի միջոցներով, և Դուք այլևս եկամուտ չեք ստանում կամ հաջորդ 10 օրում \$25-ից ավելի չեք ստանալ: Այո Ոչ

Ես հասկանում եմ, որ, կեղծ վկայության (կեղծ հայտարարությունների) համար պատժի ահի ներքո այս դիմումը ստորագրելով՝

- ես կարդացել եմ, կամ ինձ համար կարդացել են, այս դիմումի մեջ տրված տեղեկություններն ու իմ պատասխանները դիմումում տրված հարցերին.
- հարցերին տրված իմ պատասխանները ճշմարիտ և լրիվ են այնքանով, որքանով տեղյակ եմ.
- ցանկացած պատասխան, որ կարող եմ տալ իմ դիմումի գործընթացի համար, ճշմարիտ և լրիվ կլինի այնքանով, որքանով տեղյակ եմ.
- ես կարդացել եմ, կամ ինձ համար կարդացել են, և ես հասկանում ու ընդունում եմ «Իրավունքները և պարտականությունները» (Օրագրի կանոնները, էջ 1) CalFresh ծրագրի համար.
- ես կարդացել եմ, կամ ինձ համար կարդացել են, CalFresh ծրագրի կանոնները և տուգանքները (Օրագրի կանոնները, էջ 2-3).
- ես հասկանում եմ, որ, CalFresh ծրագրի պահանջներին համապատասխանությունը հաստատելու նպատակով կեղծ կամ մոլորեցնող հայտարարություններ անելը կամ փաստերը խեղաթյուրելը, թաքցնելը կամ չհայտնելը խարդախություն է: Խարդախության պատճառով կարող է քրեական գործ հարուցվել իմ դեմ, և (կամ) ես կարող եմ որոշ ժամանակով (կամ ցմահ) ազատազրկվել CalFresh նպաստներ ստանալու համար.
- ես հասկանում եմ, որ նպաստների համար դիմող ընտանիքի անդամների սոցիալական ապահովության քարտի համարները կամ ներգաղթային կարգավիճակները կարող են դաշնային օրենսդրությամբ պահանջվող դեպքերում հաղորդվել համապատասխան կառավարական հաստատություններին:

ԴԻՄՈՂԻ (ԿԱՄ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՉԱՓՃԱՍ ԱՆՂԱՍԻ ԿԱՄ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅՈՒՅՑԻՑԻ՝ ԿԱՄ ԽՆԱՍՏԱԿԱԼԻ) ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ԹՎԱԿԱՆԸ
--	---------

***Եթե Լիազոր ներկայացուցիչ ունեք, խնդրում ենք լրացնել հաջորդ էջի 2-րդ հարցը:**

2. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԸ

Դուք իրավունք ունեք 18 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի որևէ մեկին լիազորելու, որպեսզի նա Ձեր ընտանիքին օգնի CalFresh նպաստներ ստանալու հարցում: Այդ մարդը նաև կարող է հարցազրույցի ժամանակ խոսել Ձեր անունից, օգնել լրացնել ձևաթղթերը, գնումներ կատարել Ձեզ համար և հաղորդել փոփոխությունների մասին Ձեր փոխարեն: Դուք պարտավոր կլինեք փոխհատուցել բոլոր նպաստները, որոնք կարող եք սխալմամբ ստանալ այն տեղեկությունների պատճառով, որոնք այդ մարդը տրամադրում է Վարչական շրջանին, և ցանկացած նպաստ, որը չեք ցանկացել, որ նա ծախսի, չի վերականգնվի: Եթե Դուք Լիազոր ներկայացուցիչ եք, հարկ կլինի Ձեր և դիմողի անձը հաստատող փաստաթուղթ ներկայացնել Վարչական շրջանին:

Ուզու՞մ եք ինչ-որ մեկին որպես օգնական նշանակել Ձեր CalFresh ծրագրի գործում: Այո Ոչ

Եթե **այո**, լրացրեք հետևյալ բաժինը՝

ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻ ԱՆՈՒՆԸ՝	ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻ ՇԵՌԱՄՈՍԱՀԱՄԱՐԸ՝
-----------------------------	-------------------------------------

Ուզու՞մ եք ինչ-որ մեկին նշանակել, որ նա CalFresh նպաստներ ստանա ու ծախսի Ձեր ընտանիքի համար: Այո Ոչ

Եթե **այո**, լրացրեք հետևյալ բաժինը՝

ԱՆՈՒՆԸ՝	ՇԵՌԱՄՈՍԱՀԱՄԱՐԸ՝
---------	-----------------

ՀԱՍՑԵՆ՝ ՔՐԱՔԸ ՆԱՀԱԳԸ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆՏԵՔՍՏ

3. ՈՍՍԱՅԱԿԱՆ ԿԱՍ ԱԶԳԱՅԻՆ ՊԱՏԿԱՆԵԼՈՒԹՅՈՒՆ

Ռասայական և ազգային պատկանելության մասին տեղեկատվությունը կամընտիր է: Դա պահանջվում է՝ հավաստիանալու համար, որ նպաստները տրվում են առանց ռասան, մաշկի գույնը կամ ազգային ծագումը հաշվի առնելու: Ձեր պատասխանները չեն ազդի Ձեր իրավունակության կամ նպաստների չափի վրա: Նշեք Ձեզ համապատասխանող բոլոր տվյալները: Ըստ օրենքի՝ Վարչական շրջանը պետք է գրանցի Ձեր էթնիկ խումբը և ռասան:

Նշեք այս վանդակը, եթե չեք ցանկանում Վարչական շրջանին տեղեկատվություն տրամադրել Ձեր ռասայական և ազգային պատկանելության մասին: Եթե չնշեք, Վարչական շրջանն այդ տեղեկատվությունը կմուտքագրի միայն քաղաքացիական իրավունքների վիճակագրության համար:

ԱԶԳԱՅԻՆ ՊԱՏԿԱՆԵԼՈՒԹՅՈՒՆ	Դուք իսպանախոս կամ լատինաամերիկացի ե՞ք:	Եթե ունեք իսպանախոս կամ լատինաամերիկյան ծագում, Դուք Ձեզ համարու՞մ եք՝		
	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> մեքսիկացի	<input type="checkbox"/> պուերտոռիկացի	<input type="checkbox"/> կուբացի
		<input type="checkbox"/> այլ _____		

ՈՍՍԱՅԱԿԱՆ ԿԱՍ ԷԹՆԻԿ ԾԱԳՈՒՄԸ

- սպիտակամորթ Ամերիկայի հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի այլ կամ խառնածին _____
- ասիացի (եթե այս տարբերակն է նշվում, խնդրում ենք ընտրել ստորև նշվածներից մեկը կամ մի քանիսը)՝
- ֆիլիպինցի չինացի ճապոնացի կամբոջացի կորեացի վիետնամցի ասիացի հնդիկ լատսցի
- այլ ասիացի (նշեք) _____
- բնիկ հավայացի կամ այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզիաբնակ (եթե այս տարբերակն է նշվում, խնդրում ենք ընտրել ստորև նշվածներից մեկը կամ մի քանիսը)՝ բնիկ հավայացի գուամցի կամ չամորո սամոացի

4. ՆԱԽՐԱՏՐԵԼԻ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑԸ

Ձեզինց կպահանջվի հարցազրույց անցնել Վարչական շրջանում՝ Ձեր դիմումը քննարկելու և CalFresh նպաստներ ստանալու համար: CalFresh-ի համար նախատեսված հարցազրույցները, սովորաբար, անցկացվում են հեռախոսով, եթե չեք կարող հարցազրույց անցնել Ձեր դիմումն անձամբ Վարչական շրջանին հանձնելու ժամանակ, կամ եթե չեք նախընտրում առերես հարցազրույց: Առերես հարցազրույցները կանցկացվեն միայն Վարչական շրջանի սովորական աշխատանքային ժամերի ընթացքում:

- Խնդրում ենք նշել այս վանդակը, եթե նախընտրում եք առերես հարցազրույց:
 - Խնդրում ենք նշել այս վանդակը, եթե հաշմանդամության պատճառով այլ պայմանավորվածություններ ձեռք բերելու կարիք ունեք:
- Ձեր հարցազրույցի նախընտրելի օրն ու ժամը նշեք ներքևի վանդակների մեջ՝
- Օրը՝ այսօր հաջորդ ազատ օրը ցանկացած օր երկուշաբթի երեքշաբթի չորեքշաբթի հինգշաբթի ուրբաթ

Ժամը՝ վաղ առավոտյան առավոտվա միջին ժամեր կեսօրին երեկոյան մոտ ժամերին ցանկացած ժամին

5. ԱՅԼ ԾՐԱԳՐԵՐ

Ձեր ընտանիքում որևէ մեկը երբևէ ստացել է սոցիալական օգնություն (Կարիքավոր ընտանիքների ժամանակավոր օգնություն (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Medicaid (չբավորների և աղքատների տրամադրվող անվճար բուժօգնության ծրագիր), Լրացուցիչ պարենային օգնության ծրագիր [Պարենային կտրոններ] (Supplemental Nutrition Assistance Program [Food Stamps], SNAP), Ընդհանուր օգնություն (General Assistance, GA) կամ Սոցիալական նպաստներ (General Relief, GR) և այլն): Այո Ոչ

Եթե ԱՅՈՒՆ՝	ՈՐՏԵՂ (ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱՀԱՄԱՐ):
Եթե ԱՅՈՒՆ՝	ՈՐՏԵՂ (ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱՀԱՄԱՐ):

6a. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԱՍԻՆ

Լրացրեք հետևյալ տեղեկությունները տան բոլոր անձանց վերաբերյալ, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, ներառյալ Ձեզ: **Եթե դիմում էք ԱՄՆ քաղաքացի չհանդիսացող անձանց համար, խնդրում ենք պատասխանել 6b և 6c հարցերին: Հակառակ դեպքում անցեք 6d հարցին:**

Մոցիակական ապահովության քարտի համարի տրամադրումը կամ ընտիր է ընտանիքի այն անդամների համար, ովքեր չեն դիմում նպաստների համար: Դուք պետք է ստորև տրված հարցերին պատասխանեք նպաստների համար դիմող յուրաքանչյուր անձի համար:

ԴԻՄՈՒՄ Է ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ (✓ Նշեք Այո կամ Ոչ)	ԱՆՈՒՆԸ (ազգանուն, անուն, հայրանուն)	Անձն ի՞նչ կապ ունի Ձեզ հետ:	ԾՆՆՅԱՆ ՕՐԸ՝	ՄԵՈԸ (Ա ԿԱՄ Ի)	ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ կամ ՀՊԱՍՏԿ (✓ Նշեք Այո կամ Ոչ) Եթե ոչ, ստորև լրացրեք 6բ հարցը	ՄՈՑԻԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏԻ ՀԱՄԱՐԸ
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		ԵՄ ԻՆՔՍ			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

Թվարկեք Ձեզ հետ ապրող բոլոր անձանց անունները, ովքեր սնունդ չեն գնում և պատրաստում են Ձեզ հետ՝

ԱՆՈՒՆԸ	ԱՆՈՒՆԸ
ԱՆՈՒՆԸ	ԱՆՈՒՆԸ

6b. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ԶԱՆԴԻՄԱՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՄԱՍԻՆ – ԼՐԱՅՐԵՔ 6Ա ՀԱՐՑՈՒՄ ԹՎԱՐԿՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ՀԱՄԱՐ, ՈՎՔԵՐ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ ԶԵՆ ԵՒ ԴԻՄՈՒՄ ԵՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ:

Անունը	ԱՄՆ մուտք գործելու օրը (եթե հայտնի է)	Տրամադրեք հետևյալ տվյալներից որևէ մեկը (եթե հայտնի է) անձնագրի համար, օտարերկրացու գրանցման համար և այլն	Հովանավորվո՞ւմ է (✓ Նշեք Այո կամ Ոչ) Եթե ոչ, ստորև լրացրեք 6գ հարցը՝
		ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՏԵՍԱԿԸ՝ _____ ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՀԱՄԱՐԸ՝ _____	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՏԵՍԱԿԸ՝ _____ ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՀԱՄԱՐԸ՝ _____	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՏԵՍԱԿԸ՝ _____ ՓԱՍՏԱԹՂԹԻ ՀԱՄԱՐԸ՝ _____	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Վերը թվարկվածներից որևէ մեկն ունի՞ 10 տարվա (40 եռամսյակի) աշխատանքային կենսագրություն կամ անցել է զինվորական ծառայություն ԱՄՆ-ում: Այո Ոչ

Եթե այո՝ ո՞վ: _____

Վերը թվարկվածներից որևէ մեկն ունի՞ կամ դիմել է կամ մտադի՞ր է դիմել T-վիզայի կամ U-վիզայի համար, կամ ներկայացրել է VAWA («Կանանց դեմ բռնության մասին» օրենքով նախատեսված) խնդրագիր: Այո Ոչ

Եթե այո՝ ո՞վ: _____

6c. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՂ ՈՉ-ՔԱՂԱՔԱՑԻՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ – ԼՐԱՅՐԵՔ 6Բ ՀԱՐՑՈՒՄ ԹՎԱՐԿՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ՀԱՄԱՐ, ՈՎՔԵՐ ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՂ ՈՉ-ՔԱՂԱՔԱՑԻՆԵՐ ԵՆ ԵՒ ԴԻՄՈՒՄ ԵՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ:

Հովանավորը ստորագրել է I-864 ձևը: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել հարցի մնացած մասին: Եթե հովանավորը ստորագրել է I-134 ձևը, բաց թողեք այս հարցը:

Հովանավորը կանոնավորապես օգնու՞մ է փողով: Այո Ոչ Եթե այո՝ որքա՞ն: \$ _____

Հովանավորը կանոնավորապես օգնու՞մ է ստորև նշված որևէ հարցով (նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները)՝

վարձավճար հագուստ սնունդ այլ _____

ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ԱՆՈՒՆԸ	Ո՞վ է ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՒՄ:	ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ՇԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ
ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ԱՆՈՒՆԸ	Ո՞վ է ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՒՄ:	ՀՈՎԱՆԱՎՈՐԻ ՇԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ

6d. Ուսանողներ

Նպաստների համար դիմողներից որևէ մեկը, ներառյալ Դուք, հաճախում է բուլեջ կամ պրոֆտեխնիկական ուսումնարան:

Այո Ոչ

Եթե **այո**, ինդրում ենք պատասխանել այս հարցին:

Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Անձի անունը	Դպրոցի կամ վարժարանի անվանումը	Զբաղվածության աստիճանը (✓նշեք մեկը)	Աշխատում է:
		<input type="checkbox"/> Կես կամ ավելի դրույքով <input type="checkbox"/> Կես դրույքից քիչ Ժամերի քանակը՝ _____	Շաբաթական աշխատանքային ժամերի միջին քանակը՝ _____
		<input type="checkbox"/> Կես կամ ավելի դրույքով <input type="checkbox"/> Կես դրույքից քիչ Ժամերի քանակը՝ _____	Շաբաթական աշխատանքային ժամերի միջին քանակը՝ _____

6e. Ձեր տանը որդեգրված երեխա ապրում է: Այո Ոչ Եթե **այո**, ո՞վ:

Խնդրում ենք պատասխանել երեխայի (երեխաների) մասին հետևյալ հարցերին.

Արդյո՞ք այդ երեխան (երեխաները) Ձեր տուն է տեղափոխվել դատարանի խնամառության մասին կարգադրությամբ: Այո Ոչ

Դուք ուզո՞ւմ եք, որ հովանավորյալ խնամքի տակ գտնվող երեխան (երեխաները) հաշվառվեն Ձեր CalFresh գործի մեջ: Եթե **այո**, ապա հովանավորյալ խնամքի եկամուտը, որը ստանում եք, կհամարվի չվաստակած եկամուտ: Եթե **ոչ**, ապա հովանավորյալ խնամքի եկամուտը չի համարվի չվաստակած եկամուտ:

7. Զվաստակած եկամուտ

Որևէ մեկը, ում հետ սնունդ եք գնում և պատրաստում, ստանում է եկամուտ, որն աշխատանքի արդյունք չէ (չվաստակած է): Այո Ոչ Եթե **այո**, ինդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին: Հետևյալ օրինակներից նշեք չվաստակած եկամտի բոլոր տեսակները, որոնք վերաբերում են Ձեզ (կարող են նաև լինել այստեղ չթվարկված տեսակներ)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Սոցիալական ապահովության | <input type="checkbox"/> վետերանների նպաստներ կամ | <input type="checkbox"/> վիճակախաղերի կամ |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | զինվորական կենսաթոշակ | մուլեխաղերի շահումներ |
| <input type="checkbox"/> կանխիկ դրամական օգնություն | <input type="checkbox"/> ֆինանսական օգնություն (դպրոցական | <input type="checkbox"/> օգնություն վարձի, |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | դրամաշնորհներ, վարկեր կամ | սննդամթերքի կամ հագուստի |
| <input type="checkbox"/> հանրակացարան (Ձեր վարձակալից) | կրթաթոշակներ) | համար վճարման հարցում |
| <input type="checkbox"/> կենսաթոշակ | <input type="checkbox"/> դրամական պարգև | ապահովագրությունից կամ |
| <input type="checkbox"/> երեխայի կամ ամուսնու ապրուստավճար | <input type="checkbox"/> գործազրկության ապահովագրություն | դատական կարգավորումներից |
| <input type="checkbox"/> պետական կամ երկաթուղայինների | կամ հաշմանդամության պետական | ստացվող գումարներ |
| անաշխատունակության նպաստ կամ | ապահովագրություն (SDI) | անձնական |
| կենսաթոշակային ապահովում | <input type="checkbox"/> անաշխատունակության նպաստ | անաշխատունակության կամ |
| | | կենսաթոշակային նպաստ |
| | | գործադուլավորների տրվող |
| | | նպաստներ |
| | | <input type="checkbox"/> այլ _____ |

Անձը փո՞ղ է ստանում:	Որտեղի՞ց:	Որքա՞ն:	Ի՞նչ հաճախականությամբ է ստանում (մեկ անգամ, շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ կամ այլ)	Ակնկալվո՞ւմ է շարունակություն (✓նշեք Այո կամ Ոչ)
		\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Եթե չի ակնկալվում, որ այս եկամուտը կշարունակվի, ինդրում ենք բացատրել.

8. Վաստակած եկամուտ

Որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, ստանում է եկամուտ աշխատանքից (վաստակած եկամուտ): Այո Ոչ

Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք 9-րդ հարցին:

ՍԱՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆ. Սեփական գործ ունենալու դեպքում լրացրեք 8a հարցը:

Խնդրում ենք թվարկել բոլոր եկամուտները **նախքան** հարկերի վճարումը կամ այլ հանումներ (համախառն եկամուտ):

Վաստակած եկամտի օրինակներ (այդ օրինակները կարող են լինել լրիվ դրույքով աշխատանք, ժամանակավոր սեզոնային աշխատանք կամ վերապատրաստում, և կարող են լինել այլ աշխատանքներ, որոնք այստեղ նշված չեն)

- ռոճիկներ
- միջնորդավճարներ
- թելավճարներ
- աշխատավարձեր
- աշխատանքի տեղավորում (ուսանողների)

Աշխատող անձը	Գործատուի անունը և հասցեն	Գործատուի հեռախոսահամարը	Ժամային դրույքը	Շաբաթական ժամերի միջին քանակը	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, այլ)	Այս ամիս ստացված ընդհանուր համախառն վաստակած եկամուտը	Անկեղծում է շարունակություն (✓ նշեք Այո կամ Ոչ)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Եթե չի ակնկալվում, որ այս եկամուտը կշարունակվի, խնդրում ենք բացատրել.

Որևէ մեկը վերջին 60 օրվա ընթացքում կորցրել է աշխատանք, փոխել է աշխատանքներ, թողել է աշխատանքը կամ կրճատել է աշխատանքային ժամերի քանակը: Այո Ոչ

Եթե սօճ՝ ո՞վ:	ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ԿՈՐՑՆԵԼՈՒ, ԹՈՂՆԵԼՈՒ ԿԱՄ ՓՈԽԵԼՈՒ ԹՎԱԿԱՆԸ	ՎԵՐՋԻՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ԹՎԱԿԱՆԸ
---------------	---	------------------------

ՊՍՏԱՄՈՇ:

Որևէ մեկը գործադուլի մասնակցում է: Այո Ոչ

Եթե սօճ՝ ո՞վ:	ԳՈՐԾԱԴՈՒՐԻ ԳՆԱԼՈՒ ԹՎԱԿԱՆԸ	ՎԵՐՋԻՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ԹՎԱԿԱՆԸ
---------------	---------------------------	------------------------

ՊՍՏԱՄՈՇ:

8a. Ինքնազբաղվածություն

Ընտանիքի ինքնազբաղ անդամները կարող են հանել ինքնազբաղվածության փաստացի ծախսերը կամ ինքնազբաղվածության եկամտից կատարել ընդունված 40% հանում: Եթե ընտրում եք փաստացի ծախսերը, հարկ կլինի ծախսերը հաստատող փաստաթուղթ ներկայացնել Վարչական շրջանին:

Ինքնազբաղ անձը	Գործը սկսելու թվականը	Գործի տեսակը և անվանումը	Ամսական համախառն եկամուտը	Ինքնազբաղվածության ծախսերը (✓ խնդրում ենք նշել մեկը)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% հաստատուն սակագին <input type="checkbox"/> Փաստացի ծախսեր \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% հաստատուն սակագին <input type="checkbox"/> Փաստացի ծախսեր \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% հաստատուն սակագին <input type="checkbox"/> Փաստացի ծախսեր \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% հաստատուն սակագին <input type="checkbox"/> Փաստացի ծախսեր \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% հաստատուն սակագին <input type="checkbox"/> Փաստացի ծախսեր \$ _____

9. Ընտանիքի երեխայի կամ չափահասի խնամքի ծախսերը

Դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, վճարում է երեխայի, անաշխատունակ չափահասի կամ այլ խնամարկյալի խնամքի համար, որպեսզի Դուք կամ մյուս անձը կարողանաք գնալ աշխատանքի, դպրոց, վերապատրաստման կամ գործ փնտրելու:

Այո Ոչ Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Ո՞վ է խնամք ստացողը:	Ո՞վ է խնամողը (խնամողի անունը և հասցեն)	Վճարված գումարը:	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, այլ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Որևէ մեկը Ձեր ընտանիքին օգնում է վճարել երեխայի կամ չափահաս անձի խնամքի վերը թվարկված ծախսերն ամբողջությամբ կամ մասամբ:

Այո Ոչ Եթե **այո**, լրացրեք ստորև.

Ո՞վ է խնամք ստացողը:	Ո՞վ է օգնում վճարել:	Վճարված գումարը:	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, այլ)
		\$	
		\$	

10. Երեխայի ապրուստավճարի վճարումներ

Դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, օրենքով պարտավորված եք վճարել երեխայի ապրուստավճար, ներառյալ նախկինում

չվճարված ապրուստավճարները: Այո Ոչ Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Ո՞վ է վճարում երեխայի ապրուստավճարը:	Երեխայի (երեխաների) անունը, ում համար ապրուստավճար է վճարվում	Վճարված գումարը:	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ, այլ)
		\$	
		\$	

11. Տնային տնտեսության ծախսեր

Դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, պատասխանատու եք տնային տնտեսության ծախսերի համար: Այո Ոչ Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

ՄԱՆՈՑՈՒԹՅՈՒՆ. Մի ներառեք այն գումարները, որոնք վճարվել են բնակարանային հարցերով աջակցություն տրամադրող կազմակերպությունների, օրինակ՝ Բնակարանային շինարարության և քաղաքային զարգացման նախարարության (Department of Housing and Urban Development, HUD) կամ 8-րդ բաժնի կողմից: Ջեռուցումը և հովացումը, հեռախոսը, այլ կենցաղային ծառայություններն ու անօթևանների ապաստանը սահմանված նպաստներ են, և չի պահանջվում լրացնել այն գումարը, որը փաստացի պարտք էք:

Ծախսերի տեսակները	Ծախսեր ունե՞ք:	Ո՞վ է վճարում:	Պարտքի չափը	Ի՞նչ հաճախականությամբ է հաշվ ներկայացվում (շաբաթը մեկ անգամ, ամիսը մեկ անգամ)
Վարձավճար կամ տան վարձ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		\$	
Գույքահարկեր և ապահովագրական վճարներ (եթե հաշիվ է ներկայացվում վարձավճարից կամ գրավադրման փոխառությունից առանձին)	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		\$	
Գազ, էլեկտրականություն կամ ջեռուցման կամ հովացման համար օգտագործվող այլ վառելիքային ինչպիսիք են վառելիքային կամ պրոպանը (եթե վարձավճարից կամ գրավադրման փոխառությունից առանձին են)	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ			
Հեռախոս կամ բջջային հեռախոս	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ			
Անօթևանների ապաստանի ծախս	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ			
Ջուր, կեղտաջրեր, աղբ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ			
Ձեր ընտանիքի անդամ չհանդիսացող որևէ մեկը Ձեզ օգնում է վճարել վերը թվարկված ծախսերը: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո , խնդրում ենք լրացնել:		Ո՞վ է օգնում վճարել:	\$ Որքա՞ն:	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում

Ձեր ընտանիքը որևէ վճարում ստանում է կամ ակնկալում է ստանալ Ցածր եկամուտներ ունեցող ընտանիքների էներգասպասման ծախսերի վճարումների օգնության ծրագրից (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP): Այո Ոչ

12. Բժշկական ծախսեր.

Արդյո՞ք Դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, տարեց (60 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի) կամ հաշմանդամ անձ էք, ով ունի կանխիկ բժշկական ծախսեր: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

ՄԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՆ. Մի՛ նշեք ամուսիններին կամ երեխաներին, ովքեր խնամարկյալի վճարումներ են ստանում SSI ծրագրով տրվող կամ հաշմանդամության և կուրության համար տրվող նպաստներ ստացողի համար:

Թույլատրելի բժշկական ծախսերը ներառում են՝

- բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայություն
- Medicare-ի ապահովագրական վճարներ (Medi-Cal ծախսերի մասնաբաժին և այլն)
- տրանսպորտային ծախսեր (հեռավորությունը մղոններով կամ ուղեվարձը) և ժամանակավոր կացարան բուժում կամ բուժառայություններ ստանալու համար
- հոսպիտալացում, ամբուլատոր բուժում կամ բուժքույրական խնամք
- ատամների պրոթեզներ, լսողական ապարատներ և պրոթեզավորում
- նշանակված ակնոց և հպումային ոսպնյակներ
- դեղատոմսով տրվող դեղեր
- հիվանդապահի ծառայություններ, որոնք անհրաժեշտ են տարիքի, հիվանդության կամ տկարության պատճառով
- նշանակված դեղորայք և սարքեր
- առողջության և հոսպիտալացման ապահովագրական վկայագրի վճարներ
- հիվանդապահի տրվող սննդի քանակը և ծախսը
- ծառայողական կենդանիների ծախսեր (ուտելիք, անասնաբույժի հաշիվներ և այլն)
- առանց դեղատոմսի տրվող նշանակված դեղեր

Տարեց կամ հաշմանդամ անձի անունը	Ծախսի գումարը	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (ամիսը մեկ անգամ, շաբաթը մեկ անգամ, այլ)	Ծախսի տեսակը (դեղատոմսեր, ատամների պրոթեզներ, հիվանդապահի տրվող սննդի քանակ և այլն)	Ընտանիքը կփոխհատուցվի՞ որևէ բժշկական ծախսի համար (Medi-Cal-ի, ապահովագրական ընկերության, ընտանիքի անդամի կողմից և այլն)
	\$			ԵԹԵ ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ: ՈՐՔԱՆ՝ \$
	\$			ԵԹԵ ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ: ՈՐՔԱՆ՝ \$
	\$			ԵԹԵ ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ: ՈՐՔԱՆ՝ \$
	\$			ԵԹԵ ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ: ՈՐՔԱՆ՝ \$

13. Նպաստների համար դիմողներից որևէ մեկը, ներառյալ Դուք, սնունդ ստանու՞մ է հետևյալ ծրագրերից: Այո Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

- Համայնքային ճաշարան տարեց և հաշմանդամ անձանց համար
- Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիայի կողմից իրականացվող սննդամթերքի բաշխման ծրագիր
- Այլ պարենային ծրագիր

ԵԹԵ ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՎ:	ՈՐՔԵՂ:
ԵԹԵ ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՎ:	ՈՐՔԵՂ:

14. Նպաստների համար դիմողներից որևէ մեկը, ներառյալ Դուք, ապրու՞մ է ստորև նշվածներից որևէ մեկում: Այո Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

- Անօթևանների ապաստան
- Գույրերի և հաշմանդամների հանրակացարան
- Բռնության ենթարկված կանանց ապաստարան
- Դաշնային կառավարության կողմից ֆինանսավորվող բնակարան
- Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիա
- Հոգեբուժական հիվանդանոց կամ հոգեբուժարան
- Թմրամոլության և ալկոհոլային կախվածության բուժման կենտրոն
- Հիվանդանոց
- Ուղղիչ հիմնարկ կամ պատժիչ հաստատություն (կալանավայր կամ բանտ)
- Երկարատև խնամքի կամ ծերերի և հաշմանդամների տուն

Անձի անունը	Հաստատության անվանումը (կենտրոն, ապաստարան, հիմնարկություն և այլն)	Մպասվող դուրսգրման օրը (եթե կիրառելի է)

15. Արդյո՞ք Դուք կամ Ձեզ հետ ապրող որևէ անձ 60 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի էք և ի վիճակի չեք ինքնուրույն սնունդ գնել ու կերակուր պատրաստել հաշմանդամության պատճառով: Այո Ոչ

ԵԹԵ ԱՅՈՒՆ՝ ՈՒՎ:

16. Ընտանիքի միջոցները

Դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, ունե՞ք միջոցներ (կանխիկ փող, փող բանկային հաշվում, ավանդագիր, բաժնետոմսեր ու պարտատոմսեր և այլն): Այո Ոչ Եթե **այո**, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Նշեք ստորև թվարկված յուրաքանչյուր միջոցը՝

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> հաշիվ բանկում կամ վարկային միությունում (ընթացիկ) | <input type="checkbox"/> փողի շուկայի ավանդային հաշիվ | <input type="checkbox"/> բաժնետոմսեր |
| <input type="checkbox"/> հաշիվ բանկում կամ վարկային միությունում (խնայողական) | <input type="checkbox"/> փոխադարձ ֆոնդեր | <input type="checkbox"/> պարտատոմսեր |
| <input type="checkbox"/> արժեքավոր իրերի պահատեղ | <input type="checkbox"/> ավանդագիր (CD) | <input type="checkbox"/> այլ _____ |
| <input type="checkbox"/> խնայողական պարտատոմս(եր) | <input type="checkbox"/> կանխիկ փող | |

Եթե համատեղ հաշիվ ունեք այլ անձի հետ, խնդրում ենք ստորև նշել այդ մասին:

Վերը նշված յուրաքանչյուր վանդակի համար լրացրեք հետևյալ տեղեկությունները:

Թվարկված միջոցն ու՞մ անունով է:	Միջոցի տեսակը	Ի՞նչ արժեք ունի միջոցը:	Որտե՞ղ է միջոցը պահվում (ներառեք բանկի կամ ընկերության անվանումը, որտեղ պահվում է փողը)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Արդյո՞ք Դուք կամ Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը միջոց էք վաճառել, փոխանակել, նվիրել կամ փոխանցել վերջին երեք ամսվա ընթացքում: Այո Ոչ

17. Կրկնական նպաստներ

Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ 1996 թ. սեպտեմբերի 22-ից հետո որևէ նահանգում դատապարտվե՞լ էք խարդախորեն SNAP (պարենային օգնության ծրագրի դաշնային անվանումը, որը Կալիֆոռնիայում CalFresh է կոչվում) կրկնական նպաստներ ստանալու համար: Այո Ոչ
Եթե **այո**, ն վ: _____

18. Նպաստների առևտուր

Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ 1996 թ. սեպտեմբերի 22-ից հետո երբևէ դատապարտվե՞լ էք \$500 և ավելի մեծ արժողության SNAP նպաստների առևտուր իրականացնելու (EBT քարտերն ուրիշ անձանց օգտագործել թույլատրելու կամ վաճառելու) համար: Այո Ոչ
Եթե **այո**, ն վ: _____

19. Նպաստների փոխանակում թմրադեղերի հետ

Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ 1996 թ. սեպտեմբերի 22-ից հետո մեղավոր ճանաչվե՞լ էք SNAP նպաստները թմրադեղերի հետ փոխանակելու համար: Այո Ոչ
Եթե **այո**, ն վ: _____

20. Նպաստների փոխանակում հրազենի կամ պայթուցիկ նյութերի հետ

Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ 1996 թ. սեպտեմբերի 22-ից հետո մեղավոր ճանաչվե՞լ էք SNAP նպաստները հրազենի, զինամթերքի կամ պայթուցիկ նյութերի հետ փոխանակելու համար: Այո Ոչ
Եթե **այո**, ն վ: _____

21. Փախուստի դիմած հանցագործ

Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ թաքնվու՞մ էք կամ փախչու՞մ էք օրենքից, որպեսզի խուսափեք քրեական հանցագործություն կամ քրեական հանցագործության փորձ կատարելու համար դատական կարգով հետապնդումից, կալանավորումից կամ ազատագրվումից: Այո Ոչ
Եթե **այո**, ն վ: _____

22. Փորձաշրջանի կամ վաղաժամկետ ազատման պայմանների խախտում

Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ ընդհանուր իրավասության դատարանի կողմից մեղավոր ճանաչվե՞լ էք փորձաշրջանի կամ վաղաժամկետ ազատման պայմանների խախտման համար: Այո Ոչ
Եթե **այո**, ն վ: _____

Լրացուցիչ նշումների համար

ՉԼՐԱՑՆԵԼ – ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ (*COUNTY USE ONLY*)

IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days?

Yes No