STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH CARE SERVICES

ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅԱՆ ԱՄԻՍ՝ <1>

ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԻ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

DISTRICT ADDRESS <2>

(Bar Code) <3>

ԱՄՍԱԹԻՎ. <4>
ԳՈՐԾԻ ԱՆՈՒՆ. <5>
ԳՈՐԾԻ ՀԱՄԱՐ. <6>
ՖԱՅԼԻ/ԲԱԺՆԻ ՀԱՄԱՐ. <7>
ԱՇԽԱՏՈՂԻ ԱՆՈՒՆ. <8>
ԱՇԽԱՏՈՂԻ ՀԵՌԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐ. <9>
SAR ցիկլի Համար. <10>
Հաճախորդի ID. <11>

ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ Է ՊԵՏՔ: ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ ՁԵՐ ԱՇԽԱՏՈՂԻՆ:

ՎԵՐԱԴԱՐՁՆԵԼ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ՀԱՍՑԵՈՎ: <12>

ADDRESSEE: <13>

ՁԵՐ ՆՊԱՍՏՆԵՐԸ ԺԱՄԱՆԱԿԻՆ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՀԱՄԱՐ, ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՁԵՎԸ ՍՏՈՐԱԳՐԵԼ <14> 1-ԻՑ ՀԵՏՈ ԵՎ ԱՅՆ ՎԵՐԱԴԱՐՁՆԵԼ <15> 5-ԻՆ:

CalWORKs-ի համար ձեր ընտանիքի չափը <16> է: Ձեր IRT $ <17> է: CalFresh-ի համար ձեր ընտանիքի չափը <18> է: Ձեր IRT $ <19>

Նշեք քառակուսին, եթե ցանկանում եք ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ նշված նպաստներից որևէ մեկը. ☐ **ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ իմ CalWORKS-ը** ☐ **ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ իմ CalFresh-ը** ☐ **ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ իմ Medi-Cal-ը**

1. **Որևէ մեկը տեղափոխվե՞լ է ձեր տուն կամ հեռացե՞լ ձեր տնից (այդ թվում նորածինները) կամ դուք տեղափոխվե՞լ եք մեկ ուրիշի հետ, ձեր վերջին հաշվետվությունից ի վեր:** ☐ Այո ☐ Ոչ (Եթե Այո, լրացրեք ստորև)

Ամսաթիվը Տեղափոխության (ամիս/օր/տարի) (mm/dd/yy)	Անուն (Անուն, Միջնանուն, Ազգանուն)	Ծննդյան Ամսաթիվը	Ազգակցական կապը ձեզ հետ	Կանոնավոր միասին գնու՞մ և պատրաստու՞մ են ուտելիք
☐ Տեղափոխվել է տուն ☐ Հեռացել է տնից / /		/ /		☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
☐ Տեղափոխվել է տուն ☐ Հեռացել է տնից / /		/ /		☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
☐ Տեղափոխվել է տուն ☐ Հեռացել է տնից / /		/ /		☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

2. **Եղե՞լ է հասցեի փոփոխություն, ձեր վերջին հաշվետվությունից ի վեր:** ☐ Այո ☐ Ոչ (Եթե Այո, լրացրեք ստորև)
Նոր հասցեն՝ _____ Տեղափոխվելու ամսաթիվը՝ _____
Համար, Փողոց, Քաղաք, Փոստային առաքման կոդ
Փոստային առաքման հասցեն (եթե վերը նշվածից տարբերվում է) _____

3. **Եթե դուք տեղափոխվել եք կամ ունեք նոր/փոփոխված բնակարանային ծախսեր, ձեր վերջին հաշվետվությունից ի վեր, խնդրում ենք լրացնել ստորև.**

Ձեր ներկա ամսեկան վարձավճարը կամ գրավափոխառությունը՝ $	Եթե՞ վճարում եք առանձին, ձեր սեփականության ներկա հարկը և տան ապահովագրությունը յուրաքանչյուր ամիս $
Ունե՞ք կոմունալ ծախսեր, որոնք ներառված չեն ձեր վարձավճարի կամ գրավափոխառության վճարի մեջ: Եթե այդպես է նշեք թե որը. ☐ Հեռախոս ☐ Աղբ ☐ Ջուր ☐ Էլեկտրականություն/Գազ ☐ Այլ ջեռուցման կամ հովացման ծախսեր	

4. **Ձեր տանը ապրողներից որևէ մեկը.**
   - **A. Ոճրագո՞րծ է, ում դատապարտումը եղել է թմրամիջոցների հետ կապված:**
   - **B. Փախչու՞մ է օրենքից:**
   - **C. Խախտու՞մ է փորձաշրջանը կամ վաղաժամկետ ազատ արձակման պայմանները:**

☐ **ԱՅՈ** ☐ **ՈՉ** (Եթե Այո, լրացրեք ստորև)

Անձի Անունը	A, B կամ C վերևից	Որտե՞ղ է ձերբակալումը կատարվել կամ դատավճիռը կայացվել	Ամսաթիվը ձերբակալման կամ դատավճռի

5. **Բժշկական Ծախսեր. CalFresh ստացող որևէ մեկը, ով 60 տարեկան է կամ ավելի մեծ, կամ էլ անաշխատունակ, ունի՞ բժշկական ծախսերի փոփոխություն:**
☐ **ԱՅՈ** ☐ **ՈՉ** (Եթե Այո, լրացրեք ստորև)

Ո՞վ է ունեցել փոփոխություն	Գումարը $

6. **Երեխայի Օժանդակություն. CalFresh ստացող որևէ մեկը ունի՞ իր վճարած երեխայի օժանդակության գումարի փոփոխություն, վերջին հաշվետվությունից ի վեր:** ☐ **ԱՅՈ** ☐ **ՈՉ** Եթե Այո,որքա՞ն է **Հաշվետվության Ամսում** վճարած գումարը՝ $_____
Ո՞վ է վճարել օժանդակությունը՝ _____ Եթե Այո, կցեք ապացույց:

7. **Կախյալի կամ Երեխայի Խնամք. CalFresh ստացող որևէ մեկը, ով կամ աշխատում է, կամ աշխատանք փնտրում կամ հաճախում դպրոց , ունի՞ կախյալի խնամքի կամ երեխայի խնամքի արժեքի փոփոխություն, վերջին հաշվետվությունից ի վեր:**
☐ **ԱՅՈ** ☐ **ՈՉ** Եթե Այո, որքա՞ն է Հաշվետվության Ամսում վճարած գումարը՝ $_____
Ո՞վ է վճարել՝ _____ **Նշել երեխային/երեխաներին՝** _____

INCOME **INCOME** **INCOME**
INCOME **INCOME** **INCOME**
INCOME **INCOME** **INCOME**

ՎԵԼՖԵՐԻ ԽՍՐԴԱԽՈՒԹՅԱՆ ԹԵԺ ԳԻԾ
(800)349-9970

8. **Արդյո՞ք որևէ մեկը. ստացել, գնել, փոխանակել կամ տվել է որևէ սեփականություն, հողային կալվածքներ, մեքենաներ, բանկային հաշիվներ, դրամ, վճարումներ (ինչպիսիք են՝ վիճակախաղի/խաղատան շահումներ, նախնական սոցիալական ապահովածություն) կամ այլ սեփականություն, վերջին հաշվետվությունից ի վեր:**

☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ (Եթե Այո, լրացրեք ստորև: Եթե ձեզ ավելի շատ տարածք է անհրաժեշտ, կցեք առանձին թերթիկ):

Ո՞վ	Սեփականության Տեսակը	Ե՞րբ	Գումարը	☐ Գնել ☐ Վաճառել ☐ Տվել ☐ Ծախսել
				☐ Նվեր է ստացել ☐ Փոխանակել ☐ Շահել ☐ Այլ

9. **Արդյո՞ք որևէ մեկը Հաշվետվության Ամսվա ընթացքում ստացել է եկամուտ աշխատանքից:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ (Եթե Այո, լրացրեք ստորև և կցեք ապացույց):
Հաշվետվության Ամիսը նշված է առաջին էջի վերևի մասում: Նշեք յուրաքանչյուր աշխատողի աշխատանքը: Եթե ձեզ ավելի շատ տարածք է անհրաժեշտ, կցեք առանձին թերթիկ: Օրինակ է հանդիսանում՝ երեխայի խնամքը, աշխատավարձը, սեփական աշխատանքը, հիվանդության վճարը, թեյադրամները և այլն:

	Աշխատանք #1	**Աշխատանքն #2**	**Աշխատանք #3**
Անունը եկամուտ ստացող անձի			
Եկամտի աղբյուրը	Ինքնաձեռնարկատիրություն, նշել այստեղ ☐	Ինքնաձեռնարկատիրություն, նշել այստեղ ☐	Ինքնաձեռնարկատիրություն, նշել այստեղ ☐
Վճարման հաճախականությունը	☐ Շաբաթական ☐ Երկու շաբաթը մեկ ☐ Այլ ☐ Ամսական ☐ Ամիսը երկու անգամ	☐ Շաբաթական ☐ Երկու շաբաթը Մեկ ☐ Այլ ☐ Ամսական ☐ Ամիսը երկու անգամ	☐ Շաբաթական ☐ Երկու շաբաթը մեկ ☐ Այլ ☐ Ամսական ☐ Ամիսը երկու անգամ
Այստեղ նշել նրանց ստացած համախառը գումարը	$ $ $ $ $ $	$ $ $ $ $ $	$ $ $ $ $ $
Աշխատած ժամերը՝ յուրաքանչյուր ամիս			
Արդյո՞ք այս եկամուտը կշարունակվի	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Կարո՞ղ է կատարվել ձեր աշխատանքի կամ եկամտի որևէ փոփոխություն առաջիկա վեց ամիսների ընթացքում: Օրինակ՝ եկամտի դադարում, սկսվել, եկամտի աճ կամ նվազեցում, աշխատանքային ժամերի փոփոխություն, աշխատանքից ազատվել կամ գործադուլ, վճարման հաճախականության փոփոխություն: ☐ **ԱՅՈ** ☐ **ՈՉ** Եթե այո, բացատրեք այստեղ._____

10. **Արդյո՞ք որևէ մեկը Հաշվետվության Ամսվա ընթացքում ստացել է եկամուտ որևէ այլ աղբյուրից:** ☐ **ԱՅՈ** ☐ **ՈՉ** (Եթե Այո, լրացրեք ստորև և **կցեք ապացույց**):
Հաշվետվության Ամիսը նշված է առաջին էջի վերևի մասում: Օրինակ՝ Սոցիալական Ապահովածություն, Գործազրկության Փոխհատուցում, Վետերանների Նպաստներ, Պետական Հաշմանդամության Ապահովագրություն (SDI), Երեխայի/Ամուսնական Աջակցություն, Աշխատողների Փոխհատուցում, Վարկեր/Նվերներ, Վաստակած/Անաշխատ Բնակարանային ծախսեր, Կոմունալ ծառայություններ, Սնունդ և այլն:

Անուն	**Եկամտի աղբյուր**	**Մեկ անգամ կամ ամսական վճար**	**Որքա՞ն**
			$
			$
			$

Կարո՞ղ է որևէ փոփոխություն կատարվել այս եկամտի հետ, առաջիկա վեց ամիսների ընթացքում: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Բացատրեք այստեղ. _____

11. **Արդյո՞ք հետևյալներից որևէ մեկը պատահել է ձեր տանը բնակվող անձանցից որևէ մեկի հետ, վերջին հաշվետվությունից ի վեր:** ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ (Եթե Այո, լրացրեք ստորև և կցեք ապացույց):

☐ Ընտանիքի Փոփոխություն (Ամուսնացել է, ամուսնալուծվել, առանձնացել, մտել է Կալիֆորնիայում գրանցված ընտանեկան գործընկերություն (California Registered Domestic Partnership - RDP), ունի ոչ Կալիֆորնիայում գրանցված ընտանեկան գործընկերություն (non-California Domestic Partnership - DP), DP կամ RDP ավարտվել է, հղի է կամ այլևս հղի չէ):
☐ Աշխատանք/Զբաղվածություն (Սկսել է, դադարել է, աշխատանքից դուրս է եկել, սկսել է նոր բիզնես կամ գործադուլ է հայտարարել):
☐ Հաշմանդամություն (Հաշմանդամ է դարձել կամ ապաքինվել հաշմանդամությունից կամ երկարատև հիվանդությունից):
☐ Ներգաղթ [Քաղաքացիության կամ ներգաղթի կարգավիճակի փոփոխություն կամ ստացել է նոր քարտ, հարցաթերթ կամ նամակ USCIS (INS)-ից]:
☐ Ապահովագրություն (Սկսվել է, դադարել է կամ փոխել առողջության, ատամնաբուժական կամ կյանքի ապահովագրության նպաստները, այդ թվում MEDICARE-ը):
☐ Խնամակալություն (Ցանկացած փոփոխություն այն ժամանակի, որ դուք խնամում եք/ունեք խնամակալությունը ձեր երեխաների):
☐ Տնային Օժանդակ Ծառայություններ (Սկսել է կամ դադարել է ստանալ ծառայություններ):
☐ Դպրոցի Հաճախում
* Միայն Դրամական Օգնության համար - Աշակերտ 6-18 տարեկան սկսել է կամ դադարել է կանոնավոր հաճախել դպրոց:
* 16 և ավելի բարձր տարիքի աշակերտի համար - սկսել է կամ դադարել է հաճախել դպրոց/քոլեջ: (Դուք կարող եք պահանջել ծախսերը՝ գրքերի, դպրոցի փոխադրամիջոցի և այլն):

☐ Ինչ որ մեկը վճարում է իմ բոլոր բնակարանային, սննդի, հագուստի և կոմունալ ծախսերը (խնդրում ենք բացատրել) _____
☐ Այլ _____

Խնդրում ենք ուշադիր կարդալ, ստորագրել և նշել ամսաթիվը:

Ստորագրելով այս ձևը.

- Ես հասկանում եմ և սուտ վկայության համար պատժի գիտակցությամբ հաստատում, որ այս հաշվետվության մեջ իմ բոլոր պատասխանները ճշգրիտ են և ամբողջական ինչքանով, որ ինձ հայտնի է:
- Ես հասկանում եմ, որ խարդախության համար պատժամիջոցները հետևյալն են՝ ինձ կարող են ուղարկել բանտ մինչև 20 տարի ժամկետով և տուգանել մինչև $250,000: Ես կարող է ետ վճարեմ նպաստները, եթե իրավասու չէի նրանք ստանալու, եթե միտումնավոր առաջին անգամ խախտեմ կանոնները, ես մեկ տարի չեմ կարող CalFresh ստանալ, երկրորդ անգամ երկու տարի և երրորդ անգամից հետո ես այլևս չեմ կարող CalFresh ստանալ:
- Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ ներկայացնել պատճեները բոլոր փաստաթղթերի, որոնք անհրաժեշտ են ավարտելու համար իմ կիսամյակային հաշվետվությունը:
- Ես հասկանում եմ, որ որոշ դեպքերում կարող է ինձնից պահանջվի, որ ես մարզին տամ իմ համաձայնությունը, որպեսզի հաստատեն անհրաժեշտ կապերը, որոշելու համար իմ իրավասությունը:

ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՈՒՄ – ԽԱՐԴԱԽՈՒԹՅԱՆ ԴԵՄ ԶԳՈՒՇԱՑՈՒՄ

ԵՍ ՀԱՍԿԱՆՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ. Եթե միտումնավոր չհայտնեմ բոլոր փաստերը կամ ներկայացնեմ սխալ փաստեր իմ եկամուտների, գույքի կամ ընտանեկան կարգավիճակի, որպեսզի ստանամ կամ շարունակեմ ստանալ օգնություն կամ նպաստներ, ես կարող է ենթարկվեմ օրինական հետապնդման: Կարող եմ նաև մեղադրվել հանցանքի կատարման մեջ, եթե որպես հետևանք նման գործողության, սխալմամբ վճարվել եմ ավելի քան $950 դրամական օգնություն և/կամ CalFresh: Ես ստացել եմ Դրամական Օգնության (Cash Aid) և CalFresh-ի համար Իրավասության/Կարգավիճակի Հաշվետվության հրահանգների և տուգանքների պատճեները:

ԴՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ԱՅՍ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍՏՈՐԱԳՐԵՔ ԵՎ ՆՇԵՔ ԱՄՍԱԹԻՎԸ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԻ ՎԵՐՋԻՆ ՕՐԻՑ ՀԵՏՈ, ՀԱԿԱՌԱԿ ԴԵՊՔՈՒՄ ԱՅՆ ԿՀԱՄԱՐՎԻ ՈՉ ԱՄԲՈՂՋԱԿԱՆ:
Ես հայտարարում եմ խարդախության համար պատժի գիտակցությամբ, Ամերիկայի Միացիալ Նահանգների և Կալիֆորնիա նահանգի օրենքների ներքո, որ այս փաստերի վերաբերյալ հայտարարության մեջ տրված տեղեկությունները ճշմարիտ են և ամբողջական:

Ո՞Վ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐԻ ՍՏՈՐԵՎ	Դրամական Օգնության (Cash Aid) համար. Դուք և ձեր օժանդակություն ստացող ամուսինը, ընտանեկան գործընկերը և մյուս ծնողը (դրամական օգնություն ստացող երեխաների) եթե տանն է ապրում: CalFresh-ի համար. Ընտանիքի ղեկավարը, պատասխանատու ընտանիքի անդամը կամ ընտանիքի լիազորված ներկայացուցիչը:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ՆՇԱՆ ➔	ՍՏՈՐԱԳՐԵԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՏԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ ( )	ԿԱՊԻՄ/ԲՋՋԱՑԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍ ( )

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՄՈՒՍՆՈՒ/ԿՆՈՋ, ԳՐԱՆՑՎԱԾ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԳՈՐԾԸՆԿԵՐՈՋ ԿԱՄ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՑՈՂ ԵՐԵԽԱՅԻ(ՆԵՐԻ) ՄՅՈՒՍ ԾՆՈՂԻ ➔	ՍՏՈՐԱԳՐԵԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՆՇԱՆԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՎԿԱՅԻ, ԹԱՐԳՄԱՆՉԻ ԿԱՄ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԸ ԼՐԱՑՆՈՂ ԱՅԼ ԱՆՁԻ ➔	ՍՏՈՐԱԳՐԵԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ