

ԴԻՄՈՒՄ-ՀԱՅՏ ՏՆԱՅԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ՕԺԱՆԴԱԿ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ ՕԳՏԿԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

Հայտատուին՝ Այս ձևաթղթի բոլոր բաժինները պետք է լրացնել: Տրամադրած տեղեկատվությունը ենթակա է ստուգման:

ՆՇՈՒՄ. Պահեք լրացված հայտարկման Ձեր պատճենը: Ինչ վերաբերում է Ձեր Սոցիալական ապահովության համարին, ապա Դուք պարտավոր եք ներկայացնել Ձեր Սոցիալական ապահովության համար(ները) ինչպես այն պահանջվում է 42 USC 405-ի համաձայն, կամ, երբ Դուք դիմում եք Սոցիալական ապահովության վարչություն Սոցիալական ապահովության համար(համարներ) ստանալու համար: Այս տեղեկատվությունը կարող է օգտագործվել իրավասությունը որոշելու և այլ պետական հիմնարկների հետ տեղեկատվությունը համակարգելու համար:

Հայտը ներկայացնելու ամսաթիվը՝	Գործի համարը (եթե հայտնի է)՝
-------------------------------	-------------------------------------

Բաժին 1 – Անձնական տեղեկատվություն

Հայտատուի անունը՝		Սոցիալական ապահովության համար՝	
Հասցե՝		Քաղաք՝	
Նահանգ՝	Փոստային դասիչ՝	Հեռախոս՝	
Ծննդյան ամսաթիվ		Սեռ՝ <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	

Բաժին 2 – Սեռական կողմնորոշում և գենդերային ինքնություն (կամովի)

Ներքոհիշյալ բաժիններում պատասխաններ տրամադրելը կամովի է և գաղտնի: Այս բաժնում Ձեր կողմից տրամադրված ոչ մի տեղեկատվություն չի օգտագործվելու Ձեր իրավունքները որոշելու համար:

Ո՞րն է Ձեր գենդերային ինքնությունը:	
(Նշեք այն տարբերակը, որը լավագույնս նկարագրում է Ձեր ընթացիկ գենդերային ինքնությունը)	
<input type="checkbox"/> Իգական	<input type="checkbox"/> Ոչ երկուական (ոչ արական, և ոչ իրագան)
<input type="checkbox"/> Արական	<input type="checkbox"/> Այլ գենդերային ինքնություն
<input type="checkbox"/> Տրանսգեյներ՝ արական սեռից իգական	<input type="checkbox"/> Նախընտրում եմ չիրապարակել
<input type="checkbox"/> Տրանսգեյներ՝ իգական սեռից արական	

Ի՞նչ սեռ է Ձեզ նշվել ծննդյան ժամանակ Ձեր ծննդյան վկայականի բնօրինակի մեջ: <input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական	
Ինչպե՞ս եք Դուք նկարագրում Ձեր սեռական կողմնորոշումը: Ընտրեք մեկ պատասխան:	
<input type="checkbox"/> Ուղիղ/հետերոսեքսուալ	<input type="checkbox"/> Այլ սեռական կողմնորոշում
<input type="checkbox"/> Միասեռական կամ լեսբուհի	<input type="checkbox"/> Անհայտ
<input type="checkbox"/> Բիսեքսուալ	<input type="checkbox"/> Նախընտրում եմ չհրապարակել
<input type="checkbox"/> Զվիր	

Բաժին 3 – Տեղեկատվություն վետարանների մասին

Դուք վետերան ե՞ք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Դուք վետերանի կին(ամուսին)/երեխա ե՞ք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Եթե ԱՅՈ, նշեք վետերանի անունը և դիմումագրի թիվը՝	

Բաժին 4 – Տեղեկատվություն SSI/SSP-ի վերաբերյալ

Դուք ստանո՞ւմ եք SSI/SSP նպաստներ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Եթե այո, նշեք Ձեր կացության պայմանները՝ <input type="checkbox"/> Անկախ կյանք <input type="checkbox"/> Խորհուրդ և խնամք <input type="checkbox"/> Մեկ ուրիշի տուն
Պահանջվող ծառայությունները՝

Բաժին 5 – Տեղեկատվություն անցյալ IHSS-ի վերաբերյալ

Դուք անցյալում ստացե՞լ եք Օժանդակ ծառայություններ տևային պայմաններում (IHSS): <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Եթե Այո, լրացրեք հետևյալը: Ամսաթիվն ու վարչաշրջանը, որտեղ վերջին անգամ ստացել եք ծառայությունը՝	
Ընդամենը ամսական ժամաքանակը՝	Օգտագործվող անունը (եթե տարբերվում է ներև. նշվածից):

Բաժին 6 – Տեղեկատվություն տնային տնտեսության վերաբերյալ
 Թվարկեք տնային տնտեսության ամուսնաներին՝

Ամուսնու/կնոջ անունը՝	
Ծննդյան ամսաթիվ՝	Սոցիալական ապահովության համար՝
Անուն՝ <input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Երեխա <input type="checkbox"/> Այլ ազգական <input type="checkbox"/> Ոչ ազգական	
Ծննդյան ամսաթիվ՝	Սոցիալական ապահովության համար՝
Անուն՝ <input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Երեխա <input type="checkbox"/> Այլ ազգական <input type="checkbox"/> Ոչ ազգական	
Ծննդյան ամսաթիվ՝	Սոցիալական ապահովության համար՝
Անուն՝ <input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Երեխա <input type="checkbox"/> Այլ ազգական <input type="checkbox"/> Ոչ ազգական	
Ծննդյան ամսաթիվ՝	Սոցիալական ապահովության համար՝
Անուն՝ <input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Երեխա <input type="checkbox"/> Այլ ազգական <input type="checkbox"/> Ոչ ազգական	
Ծննդյան ամսաթիվ՝	Սոցիալական ապահովության համար՝
Անուն՝ <input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Երեխա <input type="checkbox"/> Այլ ազգական <input type="checkbox"/> Ոչ ազգական	
Ծննդյան ամսաթիվ՝	Սոցիալական ապահովության համար՝
Անուն՝ <input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Երեխա <input type="checkbox"/> Այլ ազգական <input type="checkbox"/> Ոչ ազգական	

Բաժին 7 – Տեղեկատվություն ազգության և լեզվի վերաբերյալ

Օրենքը պահանջում է էթնիկ ծագման և հիմնական լեզվի վերաբերյալ տեղեկատվության հավաքագրում: Այս բաժինը չի բացառում դեպքում, սոցիալական ծառայության աշխատակազմը կկայացնի որոշում: Տեղեկատվությունը չի ազդի ծառայությունից օգտվելու Ձեր իրավունակության վրա:

<p>A. Ես ազգությամբ՝</p> <p>Խնդրում եմք ընտրել մեկ տարբերակ (Էթնիկ խմբերի և կողերի ցանկը տե՛ս 8-րդ էջում)</p>	<p>B1. Ի՞նչ լեզվով եք նախընտրում կարդալ:</p> <p>B2. Ի՞նչ լեզվով եք նախընտրում խոսել:</p> <p>(Խնդրում եմք «Լեզուներ և կողեր» ցանկից ընտրել մեկ տարբերակ, էջ 8)</p>
--	---

Բաժին 8 – Հաղորդակցման հարմարություններ

Կույր և տեսողական խնդիրներ ունեցող հայտատուներին օգնելու նպատակով՝ IHSS-ի վերաբերյալ տեղեկատվությունը հասանելի է հետևյալ այլընտրանքային ձևաչափերով: Խնդրում ենք նշել, թե որ ձևաչափն եք նախընտրում, եթե կիրառելի է: Այս բաժնում տվյալների տրամադրումը չի ազդի ծառայությունից օգտվելու ձեր իրավունակության վրա:

Ես կույր եմ՝ Այո Ոչ

Եթե այո, ապա խնդրում ենք սոցիալական ծառայությունների վարչության (DSS) թվարկված երեք տեսակի փաստաթղթերից յուրաքանչյուրի համար ընտրել հետևյալ տարբերակներից մեկը:

Գործողության վերաբերյալ ծանուցումների համար՝ Տեղավորում չի պահանջվում Բրեյլով փաստաթղթեր Աուդիո CD Տվյալների CD Վարչաշրջանի աջակցություն

(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը)

IHSS-ի համար պահանջվող ձևաթղթեր՝ Տեղավորում չի պահանջվում Բրեյլով փաստաթղթեր Աուդիո CD Տվյալների CD Վարչաշրջանի աջակցություն

(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը)

Ժամանակացույցերի համար՝ Տեղավորում չի պահանջվում Հեռախոսային համակարգ (4-նշանոց RAN՝) Վարչաշրջանի աջակցություն Էլեկտրոնային ժամանակացույցերի համակարգ (Electronic Timesheet System, ETS) (հայտատուներն ու մատակարարները նախ պետք է գրանցվեն <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov> կայքէջում)

(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը)

Ես ունեմ թույլ տեսողություն՝ Այո Ոչ

Եթե այո, ապա խնդրում ենք սոցիալական ծառայությունների վարչության (DSS) թվարկված երեք տեսակի փաստաթղթերից յուրաքանչյուրի համար ընտրել հետևյալ տարբերակներից մեկը:

<p>Գործողության վերաբերյալ ծանուցումների համար` <input type="checkbox"/> Տեղավորում չի պահանջվում <input type="checkbox"/> 18 տառաչափի փաստաթղթեր <input type="checkbox"/> Աուդիո CD <input type="checkbox"/> Տվյալների CD <input type="checkbox"/> Վարչաշրջանի աջակցություն</p> <p>(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը)</p>
<p>IHSS-ի համար պահանջվող ձևաթղթեր` <input type="checkbox"/> Տեղավորում չի պահանջվում <input type="checkbox"/> 18 տառաչափի փաստաթղթեր <input type="checkbox"/> Աուդիո CD <input type="checkbox"/> Տվյալների CD <input type="checkbox"/> Վարչաշրջանի աջակցություն</p> <p>(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը)</p>
<p>Ժամանակացույցերի համար` <input type="checkbox"/> Տեղավորում չի պահանջվում <input type="checkbox"/> Յեռախոսային համակարգի (4-նշանոց RAN`) <input type="checkbox"/> 18 տառաչափի փաստաթղթեր <input type="checkbox"/> Վարչաշրջանի աջակցություն <input type="checkbox"/> Էլեկտրոնային ժամանակացույցերի համակարգ (ETS) (հայտատուներն ու մատակարարները նախ պետք է գրանցվեն https://www.etimesheets.ihss.ca.gov կայքէջում)</p> <p>(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը, ներառյալ` միայն կոլրերի համար ծառայությունները)</p>

Բաժին 9 – Հաստատում

Ես հաստատում եմ, որ վերոնշյալ տեղեկատվությունը ճշմարիտ է, որքանով որ ես իրազեկ եմ և վստահ: Եթե հետագայում պահանջվի վերոնշյալ հայտարարությունների ստուգում, ապա ես համաձայն եմ լիովին համագործակցել:

Ես նաև հասկանում եմ, որ ես, որպես իմ IHSS մատակարարի (ների) գործատու, պատասխանատվություն եմ կրում

1. Իմ մատակարարին(ներին) վարձելու, վերապատրաստելու, վերահսկելու, պլանավորելու և, անհրաժեշտության դեպքում, աշխատանքից ազատելու համար:
2. Ապահովելու, որպեսզի ինձ ծառայություն մատուցող բոլոր մատակարարների կողմից ներկայացված ընդհանուր ժամաքանակը չգերազանցի յուրաքանչյուր ամսվա համար իմ IHSS-ի թույլատրված ժամերը:
3. Որևէ անհատի վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ ներկայացնելու համար, ում ես ցանկանում եմ վարձել՝ մատակարարի իրավունակության գործընթացն ավարտելու նպատակով:
4. Վարչաշրջանի IHSS գրասենյակին, իմ կողմից մատակարար վարձելու կամ վերջինիս աշխատանքից ազատելու մասին, 10 օրվա ընթացքում, ծանուցելու համար:

Բացի այդ, ես գիտակցում և համաձայնում եմ IHSS կողմից մատուցված ծառայությունների դիմաց վճարման վերաբերյալ հետևյալ պայմաններին և սահմանափակումներին՝

1. Ցանկացած անձ, IHSS ծրագրի կողմից վճարվելու համար, պետք է հաստատվի որպես IHSS ծրագրի իրավունակ մատակարար:
2. Եթե ես ընտրում եմ անհատի՝ ինձ համար աշխատելու նպատակով, ով դեռևս չի հաստատվել որպես իրավունակ IHSS մատակարար, ես պատասխանատու կլինեմ նրան վճարելու համար, եթե նա չի հաստատվել:
3. IHSS ծրագիրը չի վճարի ինձ մատուցված որևէ ծառայության դիմաց, մինչև ծառայություններից օգտվելու իմ դիմում-հայտը չհաստատվի, և ապա միայն կվճարի այն ծառայությունների դիմաց, որոնք արտոնված են ինձ IHSS ծրագրով ստանալու համար:
4. Ես պատասխանատվություն կկրեմ ինձ մատուցված ցանկացած ծառայության դիմաց վճարելու համար, որն ընդգրկված չէ IHSS-ի թույլտվության մեջ:
5. Ես պատասխանատվություն կկրեմ իմ ծախսաբաժնի (SOC) վճարելու և այդ SOC-ի մասին իմ անհատական մատակարարին(ներին) տեղեկացնելու համար:

Ես նաև գիտակցում և համաձայնում եմ համագործակցել ըստ հետևյալի՝ որպես իմ IHSS իրավունակության գործընթացի մաս:

Ծրագրի ամբողջականության և որակի ապահովման նպատակով, ես կարող եմ ունենալ (չ)տեղեկացված այցելություններ իմ տուն և, որ ես կամ իմ մատակարարը(ները), ծրագրի պահանջներին առնչվող մտահոգությունների/խնդիրների բացահայտման վերաբերյալ, կարող եմ/են նամակներ ստանալ «Առողջապահական ծառայությունների նահանգային վարչությունից» (DHCS), «Կալիֆորնիայի սոցիալական ծառայությունների վարչությունից» (CDSS) և /կամ այն վարչաշրջանից, որտեղ ես ստանում եմ ծառայություններ:

Այցելությունների և նամակների նպատակն է՝ ապահովել ծրագրի պահանջների կատարումը, և համոզվել, որ թույլատրված ծառայություններն անհրաժեշտ են ձեզ՝ տանը ապահով մնալու համար: Այցելությունը նաև կհաստատի, որ թույլատրված ծառայությունները մատուցվում են, որ այդ ծառայությունների որակն ընդունելի է, և որ Ձեր բարեկեցությունը պաշտպանված է:

Եթե պարզվի, որ IHSS ծառայություններն անհրաժեշտ չեն կամ չեն մատուցվում պատշաճ կերպով, Դուք և/կամ Ձեր մատակարարը կարող եք/է ենթարկվել հետաքննության՝ Medi-Cal-ի նկատմամբ խարդախություն գործելու համար: Խարդախության հիմնավորման դեպքում, Դուք և/կամ Ձեր մատակարարը կենթարկվեք/կենթարկվի դատական կարգով հետապնդման՝ Medi-Cal-ի նկատմամբ խարդախություն գործելու համար:

Բաժին 10 – Ստորագրություն(ներ)

Հայտատուի ստորագրությունը՝		Ամսաթիվ՝
Հայտատուի ներկայացուցչի ստորագրությունը (եթե առկա է)՝		Ամսաթիվ՝
Ներկայացուցչի և հայտատուի միջև կապը (եթե առկա է)՝	Ներկայացուցչի հեռախոսահամարը (եթե առկա է)՝	
Ներկայացուցչի հասցեն (եթե առկա է)՝		

IHSS ծառայությունների տրամադրման կամ ստանալու մեջ կասկածվող խարդախության կամ չարաշահման մասին հաղորդելու համար խնդրում ենք զանգահարել խարդախության հարցերով զբաղվող թեժ գիծ՝ 1-800-822-6222 հեռախոսահամարով, գրել էլ.նամակ stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov, կամ այցելել <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>:

ՄԻԱՅՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

Income Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Status Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medi-Cal Aid Code:
MAGI Eligible Recipient: <input type="checkbox"/> Disabled 12 months or longer <input type="checkbox"/> At risk without IHSS	Verification:	
Notes:		
Signature of Social Worker or Agency Representative:		Telephone Number:

Էթնիկ խմբի կոդերը՝

- A. Սպիտակամորթ:**
- B. Հիսպանիկ:**
- C. Սևամորթ:**
- D. Այլ ասիական կամ իսաղաղօվկիանոսի կղզիների ծագմամբ:**
- E. Բնիկ ամերիկացի կամ Այասկայի բնիկ:**
- F. Ֆիլիպինացի:**
- G. Չինացի:**
- H. Կամբոջիացի:**
- I. Ճապոնացի:**
- J. Կորեացի:**
- K. Սամոացի:**
- L. Ասիական հնդիկ:**
- M. Հավայիացի:**
- N. Գուամանիանցի:**
- O. Լաոսցի:**
- P. Վիետնամացի:**
- Q. Այլ:**
- R. Խառը ազգություն:**

Լեզուների կոդեր՝

- 1. Ամերիկյան ժեստերի լեզու (AMISLAN կամ ASL):**
- 2. Իսպաներեն - NOA-ն կրողարկվի իսպաներենով:**
- 3. Կանտոներեն:**
- 4. Ճապոներեն:**
- 5. Կորեերեն:**
- 6. Թագալոգ:**
- 7. Այլ՝ ոչ անգլերեն:**
- 8. Անգլերեն:**
- 9. Իսպաներեն - NOA-ն կրողարկվի ագլերենով:**
- 10. Ժեշտերի այլ լեզու:**
- 11. Մանդարին:**
- 12. Չինարեն այլ լեզուներ:**
- 13. Կամբոջերեն:**
- 14. Հայերեն:**
- 15. Իլոկաներեն:**
- 16. Միեններեն:**
- 17. Հմոնգերեն:**
- 18. Լաոսերեն:**
- 19. Թուրքերեն:**
- 20. Եբրայերեն:**
- 21. Ֆրանսերեն:**
- 22. Լեհերեն:**
- 23. Ռուսերեն:**
- 24. Պորտուգալերեն:**
- 25. Իտալերեն:**
- 26. Արաբերեն:**
- 27. Սամոայերեն:**
- 28. Թայերեն:**
- 29. Ֆարսի:**
- 30. Վիետնամերեն:**