

## ԴԻՄՈՒՄ-ՀԱՅՏ ՏՆԱՅԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ՕԺԱՆԴԱԿ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ ՕԳՏՎԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

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

**ՆՇՈՒՄ.** Պահեք լրացված հայտադիմումի 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:

<b>Հայտը ներկայացնելու ամսաթիվը՝</b>	<b>Գործի համարը (եթե հայտնի է)՝</b>
--------------------------------------	-------------------------------------

### Բաժին 1 – Անձնական տեղեկատվություն

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

**Բաժին 2 – Սեռական կողմնորոշում և գենդերային ինքնություն (կամուփ)**

Ներքոհիշյալ բաժիններում պատասխաններ տրամադրելը կամուփ 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)

Իգական  Ոչ-երկուսական  
 Արական  (ո՛չ արական, ո՛չ էլ իգական)  
 Տրանսգեներ՝ արական սեռից իգական  Այլ գենդերային ինքնություն  
 Տրանսգեներ՝ իգական սեռից արական  Նախընտրում եմ չիրապարակել

---

**Ի՞նչ սեռ է Ձեզ նշվել ծննդյան ժամանակ Ձեր ծննդյան վկայականի բնօրինակի մեջ**

Իգական  Արական

---

**Ինչպե՞ս եք Դուք նկարագրում Ձեր սեռական կողմնորոշումը:**  
 Ընտրեք մեկ պատասխան:

Ուղիղ/հետերոսեքսուալ  Այլ սեռական կողմնորոշում  
 Միասեռական կամ լեսբուհի  Անհայտ  
 Բիսեքսուալ  Նախընտրում եմ չիրապարակել  
 Բիփի

**Բաժին 3 – Տեղեկատվություն վետարանների մասին**

<b>Դուք վետերա՞ն եք:</b> <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<b>Դուք վետերանի կին(ամուսին)/երեխա՞ եք:</b> <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
<b>Եթե ԱՅՈ, նշեք վետերանի անունը և դիմումնագրի թիվը՝</b>	

**Բաժին 4 – Տեղեկատվություն SSI/SSP-ի վերաբերյալ**

**Դուք ստանո՞ւմ եք SSI/SSP նպաստներ:**  Այո  Ոչ

**Եթե այո, նշեք Ձեր կացության պայմանները՝**  
 Անկախ կյանք  Խորհուրդ և խնամք  Ուրիշի տուն

**Պահանջվող ծառայությունները՝**

**Բաժին 5 – Տեղեկատվություն անցյալ IHSS-ի վերաբերյալ**

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

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

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

**Բաժին 7 – Տեղեկատվություն ազգության և լեզվի վերաբերյալ**

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

<p><b>A. Ես ազգությամբ՝</b></p> <p>Խնդրում եմք ընտրել մեկ տարբերակ (Էթնիկ խմբերի և կողերի ցանկը տե՛ս 9-րդ էջում)</p>	<p><b>B1. Ի՞նչ լեզվով եք նախընտրում կարդալ:</b></p> <p><b>B2. Ի՞նչ լեզվով եք նախընտրում խոսել</b></p> <p>Խնդրում եմք ընտրել մեկ տարբերակ (Խնդրում եմք լեզուների և կողերի ցանկից ընտրել մեկ տարբերակ, էջ 9):</p>
--	---

**Բաժին 8 – Հաղորդակցման հարմարություններ**

Կույր և տեսողական խնդիրներ ունեցող հայտատուներին օգնելու նպատակով՝ IHSS-ի վերաբերյալ տեղեկատվությունը հասանելի է հետևյալ այլընտրանքային ձևաչափերով: Խնդրում եմք 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 եմք սոցիալական ծառայությունների վարչության (DSS) թվարկված երեք տեսակի փաստաթղթերից յուրաքանչյուրի համար ընտրել հետևյալ տարբերակներից մեկը.**

**Գործողության վերաբերյալ ծանուցումների համար՝**

Հարմարեցում չի պահանջվում  Բրեյլ Փաստաթղթեր  Աուդիո CD  Տվյալների CD  Վարչաշրջանի աջակցություն

**(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը)**

**IHSS-ի համար պահանջվող ձևաթղթեր՝**

- Հարմարեցում չի պահանջվում
- Բրեյլ Փաստաթղթեր  Աուդիո CD  Տվյալների CD
- Վարչաշրջանի աջակցություն

**(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը)**

**Ժամանակացույցերի համար՝**  Հարմարեցում

- Հեռախոսային համակարգ (4-նշանոց RAN՝ )  Վարչաշրջանի աջակցություն
- Էլեկտրոնային ժամանակացույցերի համակարգ (ETS) (հայտատուներն ու մատակարարները պետք է գրանցված լինեն <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov> կայքէջում)

**(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը)**

**Ես ունեմ թույլ տեսողություն՝**  Այո  Ոչ

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

**Գործողության վերաբերյալ ծանուցումների համար՝**  Հարմարեցում չի պահանջվում

- 18 տառաչափի փաստաթղթեր  Աուդիո CD  Տվյալների CD
- Վարչաշրջանի աջակցություն

**(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը)**

**IHSS-ի համար պահանջվող ձևաթղթեր՝**  Հարմարեցում

- 18 տառաչափի փաստաթղթեր  Աուդիո CD  Տվյալների CD
- Վարչաշրջանի աջակցություն

**(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը)**

**Ժամանակացույցերի համար՝**  **Չարմարեցում չի պահանջվում**  
 **Չեռախոսային համակարգի (4-նշանոց RAN՝ )**  
 **18 տառաչափի փաստաթղթեր**  **Վարչաշրջանի աջակցություն**  
 **Էլեկտրոնային ժամանակացույցերի համակարգ (ETS) (հայտատուներն ու մատակարարները նախ պետք է գրանցվեն <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov> կայքէջում)**

**(Եթե Վարչաշրջանի աջակցություն, նշել անհրաժեշտ աջակցությունը, ներառյալ՝ միայն կույրերի համար ծառայությունները)**

### **Բաժին 9 – Չաստատում**

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](mailto:stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov), կամ այցելել <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>:

### ՄԻԱՅՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

Ընդունելի եկամուտ՝ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Ընդունելի կարգավիճակ՝ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Medi-Cal Aid-ի կողմ՝
MAGI իրավունակ ստացող՝ <input type="checkbox"/> Անաշխատունակ է 12 կամ ամելի <input type="checkbox"/> ամիս առանց IHSS-ի վտանգված է		Ստուգում՝
Նշում՝		
Սոցիալական աշխատողի կամ Գործակալության ներկայացուցչի ստորագրությունը՝		Հեռախոսահամար՝



**Էթնիկ խմբի կոդեր՝**

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

**Լեզուների կոդեր՝**

- 1. Ամերիկյան ժեստերի լեզու (AMISLAN կամ ASL):**
- 2. Իսպաներեն - NOA-ն կթողարկվի իսպաներենով:**
- 3. Կանտոնեզերեն:**
- 4. Ճապոներեն:**
- 5. Կորեերեն:**
- 6. Թագալոգ:**
- 7. Այլ՝ ոչ անգլերեն:**
- 8. Անգլերեն:**
- 9. Իսպաներեն - NOA-ն կթողարկվի ագլերենով:**
- 10. Ժեշտերի այլ լեզու:**
- 11. Մանդարին:**
- 12. Չինարեն այլ լեզուներ:**
- 13. Կամբոջերեն:**
- 14. Հայերեն:**
- 15. Իլոկաներեն:**
- 16. Սիեներեն:**
- 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:**