



ԴԻՄՈՒՄ CALFRESH ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Եթե անաշխատունակ եք կամ այս դիմումի կապակցությամբ օգնության կարիք ունեք, տեղեկացրեք Վարչական Շրջանի Վեֆերի վարչությանը (մարզին) և որևէ մեկը ձեզ կօգնի:

Եթե նախընտրում եք խոսել, կարող կամ գրել անգլերենից տարբեր լեզվով, մարզը մարդ կնշանակի, ով անվճար կօգնի ձեզ:

Ինչպե՞ս դիմում:

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

- Եթե կարող եք, լրացրեք ամբողջ դիմումի ձևը: Դուք պետք է մարզին տրամադրեք առնվազն ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը (1-ին էջի 1 հարցը)՝ դիմումի գործընթացը սկսելու համար:
- Դիմումը մարզին հանձնեք անձամբ, փոստով, հեռապատճենով կամ առցանց:
- Այն օրվանից, երբ մարզը 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 անաշխատունակ կարողացեք ձեր իրավունքների ու պարտականությունների մասին (Օրագրի կանոնների 1-3 էջերը):
- Դուք պետք է հարցազրույց անցկացնեք մարզում՝ ձեր դիմումը քննարկելու համար: Հարցազրույցների մեծ մասն անցկացվում է հեռախոսով, բայց կարող է հարցազրույց անցկացվել նաև առերես՝ մարզային գրասենյակում կամ մարզի հետ պայմանավորված այլ վայրում: Եթե հաշմանդամություն ունեք, այլ պայմանավորվածություններ կարող են ձեռք բերվել:
- Եթե դիմումը թերի եք լրացրել, այն կարող եք ավարտել հարցազրույցի ընթացքում:
- Ձեզնից կպահանջվի ներկայացնել ձեր եկամուտը, ծախսերը և այլ հանգամանքներ հաստատող ապացույցներ՝ տեսնելու համար, թե արդյոք իրավասու եք:

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 և ձեր ձեռքին եղած կանխիկ դրամը կամ ընթացիկ չեկային կամ խնայողական հաշիվներում առկա գումարը \$100 է կամ ավելի քիչ, կամ
- Ձեր ընտանիքի բնակարանային ծախսերը (վարձակալություն/գրավադրման փոխառություն և կենցաղային ծառայություններ) ավելին են, քան ձեր ամսական համախառն եկամուտը և ձեր ձեռքին եղած կանխիկ դրամը կամ ընթացիկ չեկային կամ խնայողական հաշիվները, 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 մարզին օգնեք որոշել՝ արդյոք կարող եք նպաստները ստանալ երեք օրում, խնդրում ենք պատասխանել 1-ին, 6-ից մինչև 8-րդ, 11-րդ և 16-րդ հարցերին և դիմումի հետ միասին անձը հաստատող փաստաթուղթ ներկայացնել մարզին (եթե ունեք այդպիսի փաստաթուղթ):

Մարզը 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:

Ձզվածություններից խուսափելու համար, հարցազրույցի ներկայանալիս, բերեք նշված ապացույցները: Հարցազրույցին ներկայացրեք, նույնիսկ եթե ապացույցներ չունեք: Հնարավոր է մարզը կարողանա օգնել ձեզ, եթե ապացույցները ձեր բերելու համար օգնության կարիք ունեք: Հարցազրույցի ընթացքում մարզը կուսումնասիրի դիմումում նշված տեղեկությունները և հարցեր կտա ձեզ՝ պարզելու, թե արդյոք կարող եք CalFresh նպաստներ ստանալ, և ինչ գումարի նպաստներ կարող եք ստանալ:

Նպաստներ ստանալու համար անհրաժեշտ ապացույցներ

- Անձը հաստատող փաստաթուղթ (վարորդական իրավունք, նահանգային ID քարտ, անձնագիր):
- Ձեր բնակության վայրը (վարձակալության պայմանագիր, կոմունալ ծախսերի ընթացիկ անդորրագիր, որտեղ նշված է հասցեն):
- Սոցիալական ապահովության համարները (ստորև տե՛ս նշումը որոշ ոչ քաղաքացի անձանց մասին):
- Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների բանկային հաշիվներում առկա գումարը (վերջին բանկային հայտարարությունները):
- Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների վաստակած եկամուտը վերջին 30 օրվա ընթացքում (վերջին աշխատավարձը, գործատուի տեղեկանքը): **ՆՇՈՒՄ.** սեփական գործ ունենալու դեպքում՝ եկամուտների և ծախսերի կամ հարկերի վճարման հաշվետվությունները:
- Չվաստակած եկամուտը (գործազրկության նպաստներ, SSI, Սոցիալական Ապահովագրություն, Վետերանների նպաստներ, երեխայի օժանդակություն, արտադրական վնասվածքի փոխհատուցում, դպրոցական դրամաշնորհներ կամ հարկեր, վարձակալությունից ստացվող եկամուտ և այլն):
- Օրինական ներգաղթային կարգավիճակ **ՄԻԱՅՆ** ոչ-քաղաքացիների համար, ովքեր դիմում են նպաստներ ստանալու համար (օտարերկրացու գրանցման քարտ, վիզա): **ՆՇՈՒՄ.** հնարավոր է, որ որոշ ոչ-քաղաքացի անձանցից, ովքեր ներգաղթային կարգավիճակի համար դիմում են ներկայացնում ընտանեկան բռնության, քրեական գործով դատավարության կամ մարդկանց առևտրի պատճառով, այդպիսի փաստաթուղթ չպահանջվի: Նրանց դեպքում կարող է նաև սոցիալական ապահովության քարտի համարի անհրաժեշտություն չլինի:

Ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալու համար անհրաժեշտ ապացույցներ

- Բնակարանային ծախսեր (վարձավճարի 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 հաշվանդամ 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 օժանդակությունը, որը վճարում է ձեր ընտանիքի որևէ անձ:

Իչպե՞ս ստանալ/օգտագործել իմ CalFresh նպաստները:

- Մարզը 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 պետք է անձնական ինքնության 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 մարզի 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, որ 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>:
- CalFresh նպաստները նախատեսված են միայն ձեր 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, խնդրում ենք մարզին անհապաղ տեղյակ պահեք այս մասին, որպեսզի ձեզ կարողանան օգնել գտնել որևէ հասցե, որը կօգտագործվի ձեր դիմումն ընդունելու և մարզից ձեր գործի վերաբերյալ ծանուցագրեր ստանալու համար: CalFresh-ի պարագայում անօթևան լինելը նշանակում է, որ դուք՝

- մնում եք վերահսկվող օթևանում, սոցիալական վերականգնման հաստատությունում կամ նմանատիպ վայրում:
- մնում եք ուրիշ մարդու կամ ընտանիքի տանը 90 օրից ոչ ավելի:
- 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 ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ձեր պարտականությունն է՝

- մարզին տրամադրել ձեր իրավասությունը որոշելու համար անհրաժեշտ տեղեկությունները:
- անհրաժեշտության դեպքում մարզին տրամադրել ձեր ունեցած տեղեկությունների ապացույցները:
- անհրաժեշտության դեպքում հաղորդել փոփոխությունների մասին: Մարզը 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 մարզը ձեզ տեղեկացնի, որ դա պարտադիր է ձեր գործում:
- լիովին համագործակցել մարզի, նահանգային կամ դաշնային անձնակազմի հետ, եթե ձեր գործն ընտրվել է վերանայման կամ հետաքննման համար՝ համոզվելու, որ ձեր իրավասության ու նպաստների աստիճանը ճիշտ է հաշվարկվել: Այս վերանայումներին չհամագործակցելը կհանգեցնի ձեր նպաստների կորստին:
- վերադարձնել ցանկացած CalFresh նպաստներ, որոնք ստանալու իրավունք չեք ունեցել:

Դուք իրավունք ունեք.

- դիմում ներկայացնելու CalFresh-ի համար՝ տրամադրելով միայն ձեր անունը, հասցեն և ստորագրությունը:
- անհրաժեշտության դեպքում անվճար ունենալ նահանգի կողմից հատկացված թարգմանիչ:
- ունենալու մարզին տրամադրած տեղեկությունները գաղտնի պահելու երաշխիք, եթե այդ տեղեկություններն ուղղակիորեն չեն առնչվում մարզի ծրագրերի կառավարմանը:
- ցանկացած ժամանակ հետ վերցնելու ձեր դիմումը, նախքան մարզը կորոշի ձեր իրավասությունը:
- խնդրելու օգնություն, որպեսզի լրացնեք ձեր դիմումը CalFresh-ի համար կամ ստանաք կանոնների բացատրությունը:
- խնդրելու օգնություն, որպեսզի ստանաք հարկավոր ապացույցը:
- արժանանալու քաղաքավարի, սիրալիր ու հարգալից վերաբերմունքի և չենթարկվելու որևէ խտրականության:
- 3 օրվա ընթացքում ստանալու CalFresh նպաստներ, եթե իրավասու եք Արագացված Օտոայության:
- դիմումը ներկայացնելուց հետո ողջամիտ ժամկետում հարցազրույցի հրավիրվելու մարզի կողմից և ունենալու երաշխիք, որ 30 օրվա ընթացքում կորոշվի նպաստներից օգտվելու ձեր իրավունքը:
- ունենալու առնվազն 10 օր, որպեսզի ձեր իրավասությունը որոշելու նպատակով մարզին ներկայացնեք անհրաժեշտ ապացույցը:
- մարզի կողմից ձեր CalFresh նպաստները նվազեցնելուց կամ դադարեցնելուց առնվազն 10 օր առաջ գրավոր ծանուցում ստանալու այդ մասին:
- ձեր գործը մարզի հետ քննարկելու և վերջինիս կողմից վերանայվելու, եթե այդպիսի խնդրանք ներկայացնեք:
- 90 օրվա ընթացքում պահանջելու նահանգային Ունկնդրություն, եթե ձեր CalFresh-ի հարցում համաձայն չեք մարզի դիրքորոշմանը: Եթե ունկնդրություն եք պահանջում նախքան ձեր CalFresh-ի վերաբերյալ որևէ գործողության տեղի ունենալը, ապա ձեր CalFresh նպաստները նույնը կմնան մինչև ունկնդրության կամ ձեր վկայագրման ժամանակաշրջանի ավարտը՝ նայած, թե այդ երկու իրադարձություններից որն ավելի շուտ տեղի կունենա: Դուք կարող եք մարզին խնդրել, որ նպաստների փոփոխություն թույլ տա միայն ունկնդրությունից հետո, որպեսզի ստիպված չլինեք վերադարձնել որևէ գերավճարված նպաստ: Եթե վարչական իրավախախտումների գործերով դատավորը վճիռ է կայացնում ձեր օգտին, ապա մարզը ձեզ կվերադարձնի նախկինում կրճատված բոլոր նպաստները:
- հարցնելու ունկնդրություններին վերաբերվող ձեր իրավունքների մասին կամ պահանջելու իրավաբանական օգնության նշանակում՝ օգտվելով անվճար հեռախոսահամարից՝ **1-800-952-5253** կամ, լսողության և խոսքի խանգարումներով անձանց համար, ովքեր TDD սարք են օգտագործում՝ **1-800-952-8349**: Դուք կարող եք անվճար իրավաբանական օգնություն ստանալ իրավաբանական օգնության կամ վեյֆերի տեղական գրասենյակներից:
- ունկնդրություններին ներկայանալու ընկերոջ կամ այլ անձի հետ, եթե չեք ուզում մենակ լինել:
- մարզից աջակցություն ստանալու քվեարկման համար գրանցվելու հարցում:
- հայտնելու փոփոխությունները, որոնց մասին հաղորդելը պարտադիր չէ, եթե դա կարող է ավելացնել ձեր CalFresh նպաստները:
- ապացույց տրամադրելու ձեր տնային տնտեսության ծախսերի վերաբերյալ, որը կարող է նպաստել ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալուն: Մարզին ապացույց չտրամադրելը նույնն է, ինչ ասելը, թե ծախսեր չունեք, և այդ դեպքում դուք չեք կարողանա ավելի շատ CalFresh նպաստներ ստանալ:
- մարզին տեղյակ պահելու այն մասին, թե արդյոք կցանկանայիք, որ մեկ այլ անձ ձեր CalFresh նպաստներն օգտագործի ձեր ընտանիքի համար կամ օգնի ձեր CalFresh-ի գործում (Լիազոր Ներկայացուցիչ):

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

Ծրագրի կանոնները և տուգանքները

Դուք հանցանք եք գործել, 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>Միտումնավոր թույլ տամ ծրագրի խախտում՝ կատարելով ստորև նշվածներից որևէ մեկը</p> <ul style="list-style-type: none"> • թաքցնեմ տեղեկություններ կամ կեղծ հայտարարություններ անեմ • օգտագործեմ նպաստների էլեկտրոնային փոխանցման (EBT) քարտեր, որոնք պատկանում են մեկ ուրիշին, կամ թույլ տամ, որ մեկ ուրիշն օգտագործի իմ քարտը • CalFresh նպաստներն օգտագործեմ ալկոհոլային խմիչք կամ ծխախոտ գնելու համար • փոխանակեմ, վաճառեմ կամ նվիրեմ CalFresh նպաստները կամ EBT քարտերը 	<ul style="list-style-type: none"> • առաջին հանցանքի դեպքում 12 ամսով զրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ • երկրորդ հանցանքի դեպքում 24 ամսով զրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստները, որոնք գերավճարվել են ինձ • երրորդ հանցանքի դեպքում ընդմիջտ զրկվել CalFresh նպաստներից և պարտավորվել փոխհատուցել բոլոր CalFresh նպաստներ, որոնք գերավճարվել են ինձ • տուգանվել մինչև \$250,000, 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"> • առհավետ զրկվել CalFresh նպաստներից

Կարևոր տեղեկություն ոչ քաղաքացիների համար

- Դուք կարող եք դիմել և ստանալ CalFresh նպաստներ դրանք ստանալու իրավունք ունեցող անձանց համար, նույնիսկ եթե ձեր ընտանիքում կան այլ անդամներ, որոնք իրավունք չունեն դրանք ստանալու: 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:
- Մենդի նպաստներ ստանալու հանգամանքը չի ազդի ձեր կամ ձեր ընտանիքի ներգաղթյալին կարգավիճակի վրա: Ներգաղթի վերաբերյալ տեղեկությունները մասնավոր և գաղտնի են:
- Ոչ-քաղաքացի անձանց ներգաղթյալին կարգավիճակը, ովքեր իրավասու են և դիմում են նպաստների համար, ստուգվելու են ԱՄՆ Քաղաքացիության և Ներգաղթի Ծառայությունների (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 համարներ կամ փաստաթղթեր տրամադրել ընտանիքի ոչ-քաղաքացի և CalFresh նպաստներ ստանալու համար չդիմող անդամի(ների) համար: Հարկ կլինի, որ մարզը տեղեկություններ ունենա նրանց եկամտի և միջոցների մասին, որպեսզի ստուգվի որոշի ձեր ընտանիքի նպաստների չափը: Մարզը USCIS-ին չի դիմի այն մարդկանց մասին տեղեկանալու համար, ովքեր CalFresh նպաստների համար չեն դիմում:

Սոցիալական Ապահովության Համարների (SSN) օգտագործում

CalFresh նպաստների համար դիմող ցանկացած ոչ պետք է տրամադրի SSN համար, եթե այդպիսին ունի, կամ ապացույց, որ դիմել է SSN ստանալու համար (օրինակ՝ տեղեկանք Սոցիալական Ապահովության գրասենյակից): Մարզը կարող է CalFresh նպաստները մերժել ձեզ կամ ձեր ընտանիքի ցանկացած անդամին, ով SSN չի տրամադրում մեզ: Որոշ անձինք, օրինակ՝ ընտանեկան բռնության գոհերը, քրեական գործով մեղադրվող կողմի վկաները և մարդկանց առևտրի գոհերը, 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 մարզը 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, գանձվող գործակալությունների կամ դաշնային կառավարության գանձման գործողության միջոցով գանձելու համար:

Հաշվետվություն

CalFresh նպաստներ ստացող ցանկացած ընտանիք պետք է հաղորդի որոշակի փոփոխությունների մասին: Ձեր մարզը 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 ավելացնել ձեր նպաստները, օրինակ՝ ավելի քիչ եկամուտ ստանալու մասին:

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

Նահանգային ունկնդրություն

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

Խտրականության անթույլատրելիություն

Նահանգի և մարզի քաղաքականությունը սահմանում է հավասար, հարգալից և արժանապատիվ վերաբերմունք բոլոր մարդկանց նկատմամբ: Դաշնային օրենսդրության և ԱՄՆ Գյուղէկաբուսականության (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 մարզի քաղաքացիական իրավունքների հարցերով համակարգողին, կամ գրեք կամ զանգահարեք USDA-ին կամ Կալիֆոռնիայի Սոցիալական Ծառայությունների վարչությանը (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 (voice and TDD)

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

USDA-ը հավասար հնարավորություններ տրամադրող գործատու է:

Գաղտնիության ակտ և բացահայտում

Դուք դիմումի մեջ ներկայացնում եք անձնական տեղեկություններ: Մարզը այդ տեղեկություններն օգտագործում է, որպեսզի որոշի՝ արդյոք համապատասխանում եք նպաստներ ստանալու պահանջներին: Եթե տեղեկություններ չտրամադրեք, մարզը կարող է մերժել ձեր դիմումը: Դուք ունեք մրազին տրամադրած ցանկացած տեղեկություն վերանայելու, փոխելու կամ ուղղելու իրավունք: Մարզը ձեր տեղեկությունները ցույց չի տա կամ չի տրամադրի ուրիշներին, եթե մարզին չտաք այդպիսի թույլտվություն, կամ եթե դաշնային և նահանգային օրենսդրությունը դա թույլ չտա: Մարզը այդ տեղեկությունները կստուգի համապատասխանությունը ստուգող համակարգչային ծրագրերի միջոցով, ներառյալ Եկամտուտների և Աշխատավարձերի Ստուգման Համակարգը (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 մարզը ձեռք է բերում այդ գործակալություններից, կարող են ազդել ձեր իրավասության և նպաստների մակարդակի վրա:

Գործի նյութերի վերաստուգումներ

Հնարավոր է, որ ձեր գործն ընտրվի լրացուցիչ վերանայման համար՝ համոզվելու, որ ձեր իրավասությունը ճիշտ էր որոշվել: Դուք պարտավոր եք ցանկացած հետաքննության կամ վերանայման, ներառյալ որակի հսկման ուսումնասիրության հարցում լիովին համագործակցել մարզի, նահանգային և դաշնային աշխատակազմի հետ: Այս վերանայումներին չհամագործակցելը կարող է հանգեցնել ձեր նպաստների կորստին:

CalFresh-ի աշխատանքային կանոններ

Մարզը 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 օգտվելու իրավունք, եթե վերջերս թողել եք որևէ աշխատանք:

EBT-ի 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 սովել 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:

Ունդրում 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(երին) 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. ԴԻՄՈՂԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԱՆՈՒՆ (ԱՆՈՒՆ, ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ)	ԱՅՆ ԱՆՈՒՆՆԵՐ (ՕՐԻՈՐԴԱԿԱՆ, ՄԱԿԱՆՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԱՅՆ)	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (ԵԹԵ ՈՒՆԵՔ ԵՎ ԴԻՄՈՒՄ ԵՔ ԴՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)
ՏԱՆ ՀԱՄՅՆ ԿԱՄ ԴԵՊԻ ՁԵՐ ՏՈՒՆ ՏԱՆՈՂ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	ՔԱՂԱՔԸ	ՆԱՀԱՐԸ
ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՄՅԵՆ (ԵԹԵ ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾԻՑ ՏԱՐԲԵՐ Է)	ՔԱՂԱՔԸ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ
ՏԱՆԸ ՀԵՌԱՌՈՍԱՀԱՄԱՐԸ	ԷՎ ՓՈՍՏԻ ՀԱՄՅԵՆ	
ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ/ԱՅԻՆՆԵՐԻ/ԱՅԻՆՆԵՐԻ/ՀԱՐՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԹՈՂՆԵՆՈՒ ՀԵՌԱՌՈՍԸ	Ես ուզում եմ իմ գործի վերաբերյալ հաղորդագրություններ ստանալ էլ- փոստով:	Այո Ոչ

Դուք անօթևան եք: Այո Ոչ Եթե **այո**, խնդրում ենք մարզին անհապաղ տեղյակ պահեք ձեր անօթևան լինելու մասին, որպեսզի ձեզ կարողանան օգնել գտնել որևէ հասցե, որը կօգտագործվի ձեր դիմումն ընդունելու և մարզից 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):

Մարզն 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**, մարզը ձեր պատասխանները կօգտագործի՝ պարզելու համար, թե արդյոք կարող եք Medi-Cal ստանալ: Այո Ոչ

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

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

Ձեր ընտանիքն արտագնա կամ սեզոնային գյուղատնտեսական աշխատողի ընտանի՞ք է \$100 չգերազանցող իրացվելի միջոցներով, և դուք այլևս եկամուտ չեք ստանում կամ հաջորդ 10 օրում \$25-ից ավելի չեք ստանա: 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 Իրավունքներն ու Պարտականությունները (Ծրագրի կանոնները, էջ 1) CalFresh ծրագրի համար:
- Ես կարդացել եմ, կամ ինձ համար կարդացել են, CalFresh ծրագրի Կանոնները և Տուգանքները (Ծրագրի 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 նպաստներից:
- 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 ՉՓԱՀԱՍ ԱՆՂԱՍԻ / ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅՑՑՈՒՑՉԻՊԻՍԱՄԱԿԱԼԻ) ԱՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ԱՄՍԱԹԻՎԸ
--	----------

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

2. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԸ

Դուք կարող եք 18 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի որևէ մեկին լիազորելու, որպեսզի նա ձեր ընտանիքին օգնի CalFresh նպաստներ ստանալու հարցում: Այդ անձը 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 անձը տրամադրում է մարզին, 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 մարզին:

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

Եթե **այո**, լրացրեք հետևյալ բաժինը՝

ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻ ԱՆՈՒՆԸ.	ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻ ՇԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ.
-----------------------------	-------------------------------------

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.	ՇԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ.
---------	-----------------

ՀԱՍՑԵՆ.	ՔԱՂԱՔԸ	ՆԱՀԱԳԸ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆՏԵՔՍՏ
---------	--------	--------	------------------

3. ՈՍՍԱՅԱԿԱՆ/ԱԶԳԱՅԻՆ ՊԱՏԿԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ

Ռասայական և ազգային պատկանելիության մասին տեղեկատվությունը կամ ընտիր է: Դա պահանջվում է՝ հավաստիանալու համար, որ նպաստները տրվում են առանց ռասայի, մաշկի գույնը կամ ազգային ծագումը հաշվի առնելու: Ձեր պատասխանները չեն ազդի ձեր իրավասության կամ նպաստների չափի վրա: Նշեք ձեզ համապատասխանող բոլոր տվյալները: Ըստ օրենքի՝ մարզը պետք է գրանցի ձեր էթնիկ խումբը և ռասան:

Նշեք այս վանդակը, եթե չեք ցանկանում մարզին տեղեկատվություն տրամադրել ձեր ռասայական և ազգային պատկանելիության մասին:

Եթե չնշեք, մարզն այդ տեղեկատվությունը կնուտքագրի միայն քաղաքացիական իրավունքների վիճակագրության համար:

ԱԶԳԱՅԻՆ ՊԱՏԿԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ	Դուք իսպանացի՞ կամ լատինամերիկացի եք:	Այո	Ոչ	Եթե ունեք իսպանական կամ լատինամերիկյան ծագում, դուք ձեզ համարում եք՝	Մեքսիկացի	Պուերտոռիկացի	Կուբացի
					Այլ		

ՈՍՍԱՅԱԿԱՆ/ԵԹՆԻԿ ԾԱԳՈՒՄ

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 խաղաղ օվկիանոսային կղզիաբնակ (եթե այս տարբերակն է նշվում, խնդրում ենք ընտրել ստորև

նշվածներից մեկը կամ մի քանիսը)՝ Բնիկ հավայացի Գուամցի կամ չամորո Սամոացի

4. ՆԱԽԸՆՏՐԵԼԻ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑ

Ձեզնից կամ ձեր ընտանիքի չափահաս անդամից կպահանջվի հարցազրույց անցկացնել մարզում՝ 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 մարզին հանձնելու ժամանակ, կամ եթե չեք նախընտրում առերես հարցազրույց: Առերես հարցազրույցները կանցկացվեն միայն մարզի 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:

Խնդրում ենք 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 ժամերին Կեսօրին Երեկոյան մոտ ժամերին Ցանկացած ժամին

5. ԱՅԼ ԾՐԱԳՐԵՐ

Դուք կամ ձեր ընտանիքից որևէ մեկը երբևէ ստացել է՞ կամ հասարակական օգնություն (Ժամանակավոր Օժանդակություն Կարիքավոր Ընտանիքների համար, Medicaid, Լրացուցիչ Պարենային Օժանդակության Ծրագիր [CalFresh], Ընդհանուր Աջակցություն (GA)/ Ընդհանուր Օժանդակություն (GR), և այլն): Այո Ոչ

Եթե ԱՅՈ, Ո՞չ,	ՈՐՏԵՂ (ՄԱՐԶՆԱՀԱՄԱՐ)
Եթե ԱՅՈ, Ո՞չ,	ՈՐՏԵՂ (ՄԱՐԶՆԱՀԱՄԱՐ)

6a. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԱՍԻՆ

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

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

ԴԻՄՈՒՄ Է ՆՊԱՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ (✓ նշեք Այո կամ Ոչ)	ԱՆՈՒՆԸ (ազգանուն, անուն, միջնատառ)	Անձն ի՞նչ կապ ունի ձեզ հետ:	ԾԱՆՅԱՆ ՕՐԸ	ՄԵՈՐ (Ա ԿԱՍ Ի)	ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻ կամ ՀՊԱՏԱԿ (✓ նշեք Այո կամ Ոչ) Եթե ոչ, ստորև լրացրեք 6b հարցը	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏԻ ՀԱՄԱՐԸ
Այո Ոչ		ԵՄ ԻՆՔՍ			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Այո Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Այո Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Այո Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Այո Ոչ					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

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

6b. ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻՆԵՐԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ – Լրացրեք 6a հարցում թվարկված անձանց համար, ովքեր քաղաքացի չեն և դիմում են օգնության համար:

Անունը	ԱՄՆ մուտք գործելու օրը (եթե հայտնի է)	Տրամադրեք հետևյալ տվյալներից որևէ մեկը (եթե հայտնի է) անձնագրի համարը, օտարերկրացու գրանցման համարը և այլն:	Հովանավորվո՞ւմ է: (✓ նշեք Այո կամ Ոչ) Եթե այո, ստորև լրացրեք 6c հարցը.
		ՓԱՏԱԹՂԹԻ ՏԵՍԱԿԸ՝ ՓԱՏԱԹՂԹԻ ՀԱՄԱՐԸ՝	Այո Ոչ
		ՓԱՏԱԹՂԹԻ ՏԵՍԱԿԸ ՓԱՏԱԹՂԹԻ ՀԱՄԱՐԸ՝	Այո Ոչ
		ՓԱՏԱԹՂԹԻ ՏԵՍԱԿԸ՝ ՓԱՏԱԹՂԹԻ ՀԱՄԱՐԸ՝	Այո Ոչ

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

Եթե **այո**, ո՞վ:

Այո Ոչ

Վերը թվարկվածներից որևէ մեկն ունի՞ կամ դիմել է կամ մտադի՞ր է դիմել T-վիզայի կամ U-վիզայի համար, ներկայացրել է VAWA խնդրագիր:

Այո Ոչ

Եթե **այո**, ո՞վ:

6c. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՀՈՎԱՆԱՎՈՐՎՈՂ ՈՉ ՔԱՂԱՔԱՑԻՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ – Լրացրեք 6b 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 օգնո՞ւմ է դրամով: Այո Ոչ Եթե **այո**, որքա՞ն \$

Հովանավորը կանոնավորապես օգնո՞ւմ է ստորև նշված որևէ հարցով (նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները)՝
վարձավճար հագուստ սնունդ այլ

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

6d. Ուսանողներ

Նպաստների համար դիմողներից որևէ մեկը, ներառյալ դուք, հաճախում է բոլոր կամ պրոֆտեխնիկական ուսումնարան: Այո Ոչ
 Եթե **այո**, խնդրում ենք պարասխանել այս հարցին:
 Եթե **ոչ**, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Անձի անունը	Դպրոցի/վարժարանի անվանումը	Զբաղվածության աստիճանը (✓ նշեք մեկը)	Նրանք աշխատում են:
		Կես կամ ավելի դրույքով Կես դրույքից քիչ Բաժինների քանակը.	Շաբաթական աշխատանքային ժամերի միջին քանակը`
		Կես կամ ավելի դրույքով Կես դրույքից քիչ Բաժինների քանակը.	Շաբաթական աշխատանքային ժամերի միջին քանակը`

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

Խնդրում ենք պատասխանել երեխային (ներին) վերաբերվող հետևյալ հարցերին.

Արդյո՞ք այդ երեխան(ները) ձեր տուն է տեղափոխվել դատարանի խնամառության մասին կարգադրությամբ: Այո Ոչ
 Դուք ուզու՞մ եք, որ հովանավորյալ խնամքի տակ գտնվող երեխան(ները) 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. Չվաստակած եկամուտ

Որևէ մեկը, ում հետ սնունդ եք գնում և պատրաստում, ստանում է եկամուտ, որն աշխատանքի արդյունք չէ (չվաստակված): Այո Ոչ

Եթե **այո**, խնդրում 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).

Սոցիալական ապահովություն SSI/SSP Դրամական օժանդակություն CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI Հանրակացարան (ձեր վարձակալից) Կենսաթոշակ Երեխայի/ամուսնական օժանդակություն Պետական/երկաթուղայինի անաշխատունակություն կամ կենսաթոշակ	Վետերանների նպաստներ կամ գինվորական կենսաթոշակ Ֆինանսական օժանդակություն (դպրոցական դրամաշնորհներ/ վարկեր/կրթաթոշակներ) Դրամական նվեր Գործազրկության ապահովագրություն/նահանգի հաշմանդակության ապահովագրություն(SDI) Աշխատողների կոմպենսացում	Վիճակախաղերի/մոլեխաղերի շահումներ Օգնություն վարձի/սննդի/ հագուստի համար Ապահովագրություն կամ դատական կարգավորումներից ստացվող գումարներ Անձնական անաշխատունակության կամ կենսաթոշակային նպաստ Գործարդության նպաստներ Այլ _____
--	--	--

Անձ, որը դրամ է ստանում:	Որտեղի՞ց	Որքա՞ն	Ի՞նչ հաճախականությամբ է ստանում (մեկ անգամ, շաբաթական, ամսական, կամ այլ)	Ակնկալվում է շարունակություն (✓ նշեք Այո կամ Ոչ)
		\$		Այո Ոչ
		\$		Այո Ոչ
		\$		Այո Ոչ
		\$		Այո Ոչ

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

8. Վաստակած եկամուտ

Որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էր 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:

ՆՇՈՒՄ. Սեփական գործ ունենալու դեպքում լրացրեք 8a հարցը:

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

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

- Ռոժիկներ
- Միջնորդավճարներ
- Թեյավճարներ
- Աշխատավարձեր
- Աշխատանքի ուսուցում (ուսանողներ)

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	Ակնկալվում է շարունակություն (✓ նշեք Այո կամ Ոչ)
			\$			\$	Այո Ոչ
			\$			\$	Այո Ոչ
			\$			\$	Այո Ոչ
			\$			\$	Այո 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 ԱՅՈ , ո՞վ:	ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ԿՈՐՑՆԵԼՈՒ, ԹՈՂՆԵԼՈՒ ԿԱՄ ՓՈՒՆԵԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ԿԵՐՁԻՆ ԿՃԱՐՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ
ՊԱՏՃԱՊՈՐ		

Որևէ մեկը գործադուրյի մասնակցում է: Այո Ոչ

Եթե ԱՅՈ , ո՞վ:	ԳՈՐԾԱԴՈՒՄԻ ԳՆԱԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ԿԵՐՁԻՆ ԿՃԱՐՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ
ՊԱՏՃԱՊՈՐ		

8a. Ինքնազբաղվածություն

Հնտանիքի 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 մարզին:

Ինքնասեփականատեր անձը	Գործը սկսելու ամսաթիվը	Գործի տեսակը և անվանումը	Ամսական համախառն եկամուտը	Ինքնասեփականատիրության ծախսերը (խնդրում ենք ✓ նշել մեկը)
			\$	40% հաստատուն փաստացի ծախսեր \$
			\$	40% հաստատուն փաստացի ծախսեր \$
			\$	40% հաստատուն փաստացի ծախսեր \$
			\$	40% հաստատուն փաստացի ծախսեր \$
			\$	40% հաստատուն փաստացի ծախսեր \$

9. Հնտանիքի երեխայի/չափահասի խնամքի ծախսերը

Դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, վճարում և է երեխայի, անաշխատունակ չափահասի կամ այլ խնամյալի 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 (շաբաթական/ամսական,այլ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Որևէ մեկը ձեր ընտանիքին օգնում է վճարել երեխայի/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 (շաբաթական/ամսական,այլ)
		\$	
		\$	

10. Երեխայի օժանդակության վճարումներ

Դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, օրենքով պարտավորված է վճարել երեխայի օժանդակություն, ներառյալ նախկինում չվճարված երեխայի օժանդակությունները: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:

Ո՞վ է վճարում երեխայի օժանդակությունը:	Երեխայի(ների) անունը, ում համար օժանդակություն է վճարվում.	Վճարված գումարը:	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (շաբաթական/ամսական,այլ)
		\$	
		\$	

11. Տնային տնտեսության ծախսեր

Դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, պատասխանատու է տնային տնտեսության ծախսերի համար: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք պատասխանել այս հարցին: Եթե ոչ, բաց թողեք և անցեք հաջորդ հարցին:
ՆՀՈՒՄ. Մի՞ ներառեք այն գումարները, որոնք վճարվել են բնակարանային հարցերով աջակցություն տրամադրող կազմակերպությունների, օրինակ՝ HUD կամ 8-րդ բաժնի կողմից: Ձեռուցումը 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 վճարվում (շաբաթական/ամսական)
Վարձավճար կամ տան վարձ	Այո Ոչ		\$	
Գույքահարկեր և ապահովագրություն (եթե վարձավճարից կամ գրավադրումից առանձին հաշիվ է ներկայացվում)	Այո Ոչ		\$	
Գազ, էլեկտրականություն, կամ ջեռուցման կամ հովացման համար օգտագործվող այլ վառելանյութ, օրինակ՝ վառելիքայտը կամ պրոպանը (եթե վարձավճարից կամ գրավադրումից առանձին հաշիվ է ներկայացվում)	Այո Ոչ			
Հեռախոս/բջջային հեռախոս	Այո Ոչ			
Անօթևանների ապաստանի ծախս	Այո Ոչ			
Ջուր, կեղտաջուր, աղբ	Այո Ոչ			
Ձեր ընտանիքի անդամ <u>չհանդիսացող</u> որևէ մեկը ձեզ օգնում է վճարել վերը թվարկված ծախսերը: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել:		Ո՞վ է օգնում վճարել:	Որքա՞ն \$	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում:
Ձեր ընտանիքը ստանում է կամ ակնկալում է ստանալ վճարումներ Ցածր եկամուտներ ունեցող ընտանիքների էներգասպասման ծախսերի աջակցության ծրագրից (LIHEAP):	Այո Ոչ			

12. Բժշկական ծախսեր.

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

ՆՇՈՒՄ. Մի՛ նշեք ամուսիններին կամ երեխաներին, ովքեր խնամյալի վճարումներ են ստանում SSI ծրագրով տրվող կամ հաշմանդամության և կուրության համար տրվող նպաստներ ստացողի համար: Ցուցակագրեք այն ծախսերը, որոնք ակնկալում եք ունենալ մոտ ապագայում:

Թույլատրելի բժշկական ծախսերը ներառում են՝ Medicare-ի ապահովագրական վճարներ Տրանսպորտային ծախսեր (մղոններ կամ Բժշկական կամ ատամնաբուժական խնամք (Medi-Cal-ի մասնաբաժին և այլն) Ատամների պրոթեզներ, լսողական ուղեվարձ) և ժամանակավոր կացարան՝ բուժում կամ բուժառայություններ ստանալու համար Զուսպիտիլացում/ամբուլատոր բուժում/ Լշանակված ակնոց և հպումային ոսպնյակներ բուժքույրական խնամք ապարատներ և պրոթեզավորում Լշանակված բժշկական պարագաներ և սարքեր Հիվանդապահի ծառայություններ, որոնք անհրաժեշտ են տարիքի, հիվանդության Մառայողական կենդանիների ծախսեր (ուտելիք, բուժքույրական խնամք և այլն) կամ տկարության պատճառով Հիվանդապահին տրվող սննդի քանակը և ծախսը անսանաբույսի նշանակված դեղեր

Տարեց/հաշմանդամ անձի անունը	Ծախսի գումարը	Ի՞նչ հաճախականությամբ է վճարվում (ամսական, շաբաթական և այլն)	Ծախսի տեսակը (դեղատոմսեր, ատամների պրոթեզներ, հիվանդապահին տրվող սննդի քանակ և այլն)	Ընտանիքը կփոխհատուցվի՞ որևէ բժշկական ծախսի համար (Medi-Cal-ի, ապահովագրության, ընտանիքի անդամի կողմից և այլն)
	\$			Եթե ԱՅՈ , ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ. ՈՐՔԱՆՔ
	\$			Եթե ԱՅՈ , ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ. ՈՐՔԱՆՔ
	\$			Եթե ԱՅՈ , ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ. ՈՐՔԱՆՔ
	\$			Եթե ԱՅՈ , ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ. ՈՐՔԱՆՔ

13. Նպաստների համար դիմողներից որևէ մեկը, ներառյալ դուք, ստանում եք ուտելիք, հետևյալ ստորև նշված որևէ աղբյուրից: Այո Ոչ

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

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

Եթե ԱՅՈ , ՈՒՎ:	ՈՐՏԵՂ
Եթե ԱՅՈ , ՈՒՎ:	ՈՐՏԵՂ

14. Նպաստների համար դիմողներից որևէ մեկը, ներառյալ դուք, ապրում եք ստորև նշվածներից որևէ մեկում: Այո Ոչ

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

- Անօթևանների ապաստան
- Կույրերի/հաշմանդամների հանրակացարան
- Բռնության ենթարկված կանանց ապաստարան
- Դաշնային կառավարության կողմից ֆինանսավորվող բնակարան
- Բնիկ ամերիկացիների ռեզերվացիա
- Հոգեբուժական հիվանդանոց/հոգեբուժարան
- Թմրամոլության/ակոհոլային կախվածության բուժկենտրոն
- Հիվանդանոց
- Ուղղիչ հիմնարկ/պատժիչ հաստատություն (կալանավայր կամ բանտ)
- Երկարատև խնամքի կամ հանրակացարանի հաստատություն

Անձի անունը	Հաստատության անվանումը (կենտրոն, ապաստարան, հիմնարկություն և այլն)	Սպասվող դուրս գրման օրը (եթե կիրառելի է)

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

Եթե **ԱՅՈ**, ՈՒՎ:

16. Ընտանիքի միջոցները

Դուք կամ որևէ մեկը, ում հետ սնունդ էք գնում և պատրաստում, ունե՞ք միջոցներ (կանխիկ դրամ, դրամ բանկային հաշվում, ավանդագիր, բաժնետոմսեր և 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՝

Հաշիվ բանկում/վարկային միությունում (ընթացիկ)	Դրամի շուկայի ավանդային հաշիվ	Բաժնետոմսեր
Հաշիվ բանկում/վարկային միությունում (խնայողական)	Փոխադարձ ֆոնդեր	Պարտատոմսեր
Արժեքավոր իրերի պահատեղ	Ավանդագիր (CD)	Այլ
Խնայողական պարտատոմս(եր)	Կանխիկ դրամ	

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 է պահվում փողը)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Արդյոք դուք կամ ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը միջոց էք վաճառել, փոխանակել, նվիրել կամ փոխանցել վերջին երեք ամսվա ընթացքում: Այո Ոչ

17. Կրկնակի 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) կրկնակի նպաստներ ստանալու համար: Այո Ոչ
Եթե **այո**, ո՞վ:

18. Նպաստների առևտուր

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

21. Փախուստի դիմած հանցագործ

Դուք կամ ձեր ընտանիքի որևէ անդամ թաքնվում կամ փախչո՞ւմ էք օրենքից, որպեսզի խուսափեք քրեական հանցագործություն կամ քրեական հանցագործության փորձ կատարելու համար դատական կարգով հետապնդումից, կալանավորումից կամ ազատազրկումից: Այո Ոչ
Եթե **այո**, ո՞վ:

22. Փորձաշրջանի/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**, ո՞վ:

Լրացուցիչ նշումների համար

DO NOT COMPLETE - 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

Լրացուցիչ նշումների համար