

ԴԻՄՈՒՄ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ

ԶԳՈՒՇԱՑՈՒՄ

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՈՒՂՎԱԾ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՐԴՆԵՐԻՆ

Սկսած 1994թ. մայիսի 1-ից, եթե որոշվում է, որ դուք Լոս Անջելեսի մարզում կամ որևէ այլ քաղաքում կամ մարզում, ներկայացրել եք կրկնօրինակ Ընդհանուր Օժանդակության (GR) դիմումներ, կրկնակի օգնություն ստանալու մտադրությամբ, դուք կպատժվեք ինչպես շարադրված է.

- Առաջին իրավախախտում - Դուք վեց ամիս ժամկետով իրավասու չեք լինի:
- Երկրորդ իրավախախտում - Դուք 12 ամիս ժամկետով իրավասու չեք լինի:
- Երրորդ իրավախախտում - Դուք ընդմիջտ իրավասու չեք լինի:

Կրկնօրինակ օգնություն ստանալու դիմումները կարելի է հայտնաբերել տարբեր ձևերով: Մեկ ճանապարհը, որը բացահայտում է կրկնակի օգնության դեպքերը, ավտոմատացված մատնահետքերի գործընթացն է: Եթե մատնահետքի ժամանակ համակարգը կամ որևէ այլ սիստեմը ցույց է տալիս նմանություն, դուք կարող եք ենթարկվել վերևում նշված տույժերին:

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Դուք իրավունք ունեք վիճարկելու մերժումը, Մերժման Բողոքը քննող ներկայացուցչի հետ: Դուք իրավունք ունեք Անհամապատասխանության Վերանայման և Ունկնդրության, նախքան ձեր GR-ի դրամական օգնության դադարեցվելը և ձեր գործի դեմ պատժամիջոցների կիրառվելը: Ձեր իրավունքներին և պարտականություններին վերաբերվող լրացուցիչ տեղեկությունների համար, խնդրում ենք դիմել հաճախորդների սպասարկման աշխատակցին կամ հարցրեք ձեր իրավասությունը հաստատող աշխատողին՝ *Ընդհանուր Օժանդակության Տեղեկատվական Թերթիկի (ABP 392)* համար:

Դիմորդի Ստորագրությունը

Ամսաթիվ

Իրավասությունը Հաստատող Աշխատողի Ստորագրությունը

Ամսաթիվ

ԴԻՄՈՒՄ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ

ԳՈՐԾԻ ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԱՆՈՒՆ	ԳՈՐԾԻ ՀԱՄԱՐ	ԴԻՄՈՒՄԻ ՕՐԸ	<input type="checkbox"/> Չի կարող կարողալ և/կամ գրել <input type="checkbox"/> Կարիք ունի Հատուկ Աջակցության	
ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ		ՀԵՌԱԽՈՍԻ/ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ		ԾՆԱԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	
Ո՞ր GR-ի ԳՐԱՍԵՆՑԱԿՆ ԵՔ ՑԱՆԿԱՆՈՒՄ, ՈՐ ՁԵՐ ԳՈՐԾԸ ՈՒՂԱՐԿՎԻ			COUNTY USE ONLY		
ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼ ՍՏՈՐԵՎ ԼԵՎԱԾ ԲՈԼՈՐ ՀԱՐՑԵՐԻՆ ԱՆՁԱՍԲ ՁԵՐ ԵՎ ՁԵՐ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԲՈԼՈՐ ՍՅՆ ԱՆՂԱՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ, ՈՎՔԵՐ ԴԻՄՈՒՄ ԵՆ ՁԵՁ ՀԵՑ: ՑՈՒՐԱՔԱՆՉՑՈՒՐ ՀԱՐՑԻ ՀԱՄԱՐ ԼՇԵՔ ԱՅՈ ԿԱՍ ՈՉ ՎԱՆԴԱԿԸ: ՈՐՈՇ ՀԱՐՑԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ԴՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԳՐԵՔ:					
1. Ես շտապ կանխիկ փողի օգնության կարիքն ունեմ [] Այո [] Ոչ Եթե այո, ապա ստորև նշեք կարիքի տեսակը. [] Անտուն [] Սննդամթերքի բացակայություն [] Տանից վտարում [] Կոմունալ ծառայությունների դադարեցում				[] This is an immediate need case.	
2. Նախքան դիմելը ես հոգում էի իմ կարիքները հետևյալ կերպ (բացատրեք).					
3. Ես ունեմ անձիս ինքնությունը հաստատող փաստաթուղթ [] Այո [] Ոչ Եթե այո, փաստաթղթի տեսակը, որն ես ունեմ հետևյալն է. [] Ծննդյան Վկայական [] Անձնագիր [] Վարորդական Իրավունք [] Լուսանկարով Փաստաթուղթ [] Օտարերկրացու Գրանցման Ձև [] Այլ. _____ Նշեք ընտանիքի որևէ լրացուցիչ անդամի անունն, ով ինքնությունը հաստատող փաստաթուղթ չունի. _____				[] Identification copied. [] Needs PA 230.	
4. Ես ունեմ Սոցիալական Ապահովվածության Քարտ [] Այո [] Ոչ				[] Copy/copies on file. [] MC 194.	
5. Ես 18 տարեկանից փոքր տարիք ունեմ [] Այո [] Ոչ Եթե այո, գրեք ձեր ծնողի անունը, հասցեն և հեռախոսի համարը. _____				[] PA 853 & 1325 Verification of minor applying without adult head of household/responsible relative status/CalWORKs linkage.	
6. Ես տեղափոխվել եմ Լոս Անջելեսի մարզ անցյալ տարի և ցանկանում եմ վերադառնալ իմ նախկին բնակավայրը [] Այո [] Ոչ Եթե այո, գրեք ձեր մարզի կամ նահանգի անունը. _____				[] Complete the PA 898-15 Non-Resident Application.	
7. Ես ապրում եմ Լոս Անջելեսի մարզում և մտադիր եմ մնալ այստեղ [] Այո [] Ոչ Խնդրում եմ գրեք, որ օրվանից եք սկսել ապրել Լոս Անջելեսի մարզում. _____					

8. Ես անօրինակ եմ [] Այո [] Ոչ
 Եթե ոչ.
 A. Նշեք այս վանդակներից որևէ մեկը.
 [] Ես բնակարանի համար չեմ վճարում [] Տունը իմ սեփականն է/ես այն գնում եմ [] Վարձել եմ
 B. Իմ ապրած բնակատեղին հետևյալ տեսակի է.
 [] Սենյակ [] Բնակարան [] Հյուրանոց/Մոթել [] Սեփական տուն [] Կցասայլ [] Պանսիոնատ
 [] Հանրակացարան [] Սենյակ և սնունդ [] Առաքելության տներ [] Ավտոմեքենա/Վեն [] Այլ

9. Ես մենակ եմ ապրում [] Այո [] Ոչ
 Եթե ոչ.
 A. Եթե դուք ապրում եք **ձեր ամուսնու կամ գրանցված ներքին գործընկերոջ** հետ, խնդրում ենք նշեք.
 ԱՆՈՒՆ ԱԶԳԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊ
 [] []
 B. Իմ ամուսինը կամ ներքին գործընկերը ստանում կամ դիմում է GR-ի համար: [] Այո [] Ոչ
 C. Իմ ամուսինը կամ ներքին գործընկերը ստանում է հասարակական աջակցություն: [] Այո [] Ոչ
 Եթե այո, խնդրում ենք բացատրեք , թե ինչ տեսակի պետական օգնություն.
 []

10. Իմ/մեր հասցեն է.

Հասցե	Բնակարանի #	Քաղաք	Փոստային ինդեքս
Փոստային Հասցե	Բնակարանի #	Քաղաք	Փոստային ինդեքս

 Էլ-փոստի Հասցե
 A. Ընդհանուր վարձավճարը կամ տան վճարն է \$ _____
 B. Վարձակալության/տան վճարման մի մասը, որը դուք եք վճարում ... \$ _____
 C. Ձեր տան կոմունալ ծախսերի ընդհանուր արժեքն է \$ _____
 D. Կոմունալ ծախսերի մի մասը, որը դուք եք վճարում \$ _____
 E. Արդյո՞ք ուրիշ որևէ մեկը վճարում է մի մասը կոմունալ ծախսերի կամ վարձակալության/տան վճարման [] Այո [] Ոչ
 Եթե այո, խնդրում ենք բացատրեք թե ով է վճարում և որքան է վճարում:
 []

Household size is determined to be: _____.
 [] Rent receipt or rental agreement
 [] Landlord statement
 [] Utility bill(s)
 [] Other _____

11. Ես վետերան եմ [] Այո [] Ոչ
 Եթե այո, խնդրում ենք հայտնեք հետևյալ տեղեկությունները.
 Ծառայության Մասնաճյուղը.
 Վետերանի Համարը.
 Ծառայության Ամսաթիվը.

[] Veteran, CA 5 on file.
 [] No VA income.
 [] VA income: _____.

<p>12. Ես վթարի եմ ենթարկվել, կամ անձնական վնասվածք եմ ունեցել անցյալ տարվա ընթացքում..... <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	<p>If yes, potential exists for income from lawsuit or accident. <input type="checkbox"/> PA 971 and ABCDM 228 initiated.</p>
<p>13. Ես մինչև 21 տարեկան եմ և ինձ հետաքրքրում է անվճար ֆիզիկական քննությունը Երեխայի Առողջության և Անդամալուծության Կանխման Ծրագրով <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	<p><input type="checkbox"/> CHDP referral made. <input type="checkbox"/> CHDP referral refused.</p>
<p>14. Ես ունեմ տուն կցասայլակ, շարժական տուն, տուն նավակ կամ նավ իբրև տուն <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, նշեք տեսակը. _____ և արժեքը. \$ _____</p>	
<p>15. Ես սեփական հող, տուն, բնակարան կամ այլ շինություններ ունեմ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, A. Նշեք գնահատված արժեքը. \$ _____ B. Ես թույլ եմ տալիս, որ Լոս Անջելեսի մարզը կալանք դնի իմ սեփականության վրա: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	
<p>16. Ես տվել եմ փող, վաճառել, տվել եմ իմ սեփականությունը, հողը կամ շինությունները անցած երկու տարիների ընթացքում: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, ինչ եք տվել. _____ և արժեքը. \$ _____</p>	
<p>17. Ես իվիճակի եմ աշխատելու <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե ոչ, պատճառը, որ ես չեմ կարող աշխատել.</p>	<p><input type="checkbox"/> Employment Specialist referral made.</p>
<p>18. Ես աշխատել եմ վերջին 5 տարիների ընթացքում <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք հայտնեք հետևյալ տեղեկությունները, սկսած ձեր ամենավերջին աշխատանքից. A. Անունը աշխատատեղի. _____ Ազատվելու պատճառը. _____ Հասցե. _____ Հեռախոս. _____ Օգտագործված հատուկ աշխատանքային հմտությունները կամ վերապատրաստման տեսակը. _____ Աշխատանքը սկսելու օրը. _____ Ազատվելու օրը. _____ Ամսական Աշխատավարձը. \$ _____ B. Անունը աշխատատեղի. _____ Ազատվելու պատճառը. _____ Հասցե. _____ Հեռախոս. _____ Օգտագործված հատուկ աշխատանքային հմտությունները կամ վերապատրաստման տեսակը. _____ Աշխատանքը սկսելու օրը. _____ Ազատվելու օրը. _____ Ամսական Աշխատավարձը. \$ _____ Աշխատանքը սկսելու օրը. _____ Ազատվելու օրը. _____ Ամսական Աշխատավարձը. \$ _____ Ես ավելի շատ աշխատատեղեր ունեմ թվարկելու <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	
<p>19. Դուք խախտե՞լ եք պայմանական/վաղաժամկետ ազատման պայմանները <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	
<p>20. Դուք փախուստի մե՞ջ եք, խուսափելով դատական հետապնդումից կամ բանտարկությունից/ձերբակալումից, կատարած հանցանքի համար: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	
<p>21. Դուք ունե՞ք բժշկական վիճակ, որը պահանջում է հատուկ դիտարկում (օրինակ, շաքարախտ) <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, նկարագրեք վիճակը. _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Needs PA 596</p>

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Բաժին A - Աշխատունակության Պահանջները

Ես հասկանում եմ, եթե ես այժմ ի վիճակի եմ աշխատել կամ եթե ես ապագայում կարողանամ աշխատել:

1. Ես պետք է մասնակցեմ պարտադիր Ընդհանուր Օժանդակության Հնարավորություններ Աշխատանքի Համար (GROW) ծրագրին, որը նախատեսված է, որպեսզի ինձ օգնի աշխատանք գտնել: Ես իրավունք ունեմ ստանալու Ընդհանուր Օժանդակություն (GR) վեց ամիս գումարած լրացուցիչ երեք ամիս, յուրաքանչյուր 12 ամիս ժամկետում, եթե ես շարունակեմ մասնակցել GROW ծրագրին: Ես կստանամ օգնություն փոխադրամիջոցի համար, քանի դեռ ես մասնակցում եմ GROW ծրագրին:
2. Ես հասկանում եմ, որ չեմ կարող հեռանալ կամ հեռացվել աշխատանքից:
3. Ես պետք է աշխատանքի համար գրանցվեմ Աշխատանքի Տեղավորման Վարչությունում (EDD):
4. Ես հասկանում եմ, որ ես չեմ կարող տալ կեղծ տեղեկություններ ABP 85-1, «Աշխատանքի Որոնում» ձևի մեջ:
5. Ես պետք է կատարեմ որոշ աշխատանքային որոնումներ, ինչպես նշված է ABP 85-1, «Աշխատանքի Որոնում» ձևի վրա և վերադարձնեմ նշված օրը: Ես գիտեմ, որ DPSS-ը կստուգի ձևի վրա նշված աշխատանքի կապերը, համոզվելու համար, որ ես աշխատանքի համար այդ վայրերում դիմել եմ:
6. Ես պետք է ընդունեմ DPSS-ի հաստատված ծրագրերի կողմից առաջարկված աշխատանքի ծառայությունները և ներկայանամ բոլոր նշանակված հարցազրույցներին, ժամադրություններին, աշխատանքի պատրաստման դասընթացներին և այլ միջոցառումներին:
7. Ես պետք է ընդունեմ հանձնարարականները, մասնակցեմ հարցազրույցներին և ընդունեմ աշխատանքի կամ վերապատրաստման բոլոր տեսակի առաջարկությունները:
8. Եթե ես չկատարեմ GR-ի և GROW-ի աշխատանքային գործունեությունները, ես գիտեմ, որ ես կարող եմ տուգանվել և կորցնեմ իմ դրամական օգնությունը:
9. Ես կստանամ կանոնները և իմ իրավունքները բացատրող մի ծանուցում, եթե DPSS-ը որոշի դադարեցնել իմ GR-ի դրամական օգնությունը և ինձ տույժի ենթարկել:

Դուք հնարավոր է ենթարկվեք տույժի, եթե դուք չեք բավարարում վերևում նշված պահանջներից որևէ մեկը: Տույժ նշանակում է, որ դուք կորցնում եք ձեր GR-ի դրամական օգնությունը և այն ետ ստանալու համար դուք պետք է սպասեք: Սպասելու ժամանակահատվածը կարող է լինել 0 օր, 30 օր կամ 60 օր: Եթե դուք տույժի եք ենթարկված, մենք ձեզ մեկ այլ ծանուցումով կտեղեկացնի, թե որքան երկար է ձեր տույժի սպասման ժամկետը: Ձեր GR-ը չի դադարի, եթե.

1. Դուք նախորդ տարի երեք ամիս GR-ի դրամական օգնություն չեք ստացել, կամ
2. Դուք սխալվել եք (անփութ եք) կամ
3. Դուք վերևում նշված աշխատանքային պահանջները չկատարելու հարգելի պատճառ ունեք:

Բաժին B - Թմրամիջոցների Օգտագործման Խանգարումների (SUD) Պահանջ

Որպեսզի GR ստանալու իրավունք ունենաք, դուք պետք է պոտենցիալ թմրամիջոցների/ալկոհոլի չարաշահման նախնական քննություն հանձնեք և եթե որոշվի, որ ինդիք ունեք, դուք պետք է մասնակցեք մարզի կողմից հաստատված պարտադիր Թմրամիջոցների Օգտագործման Խանգարումների Ապաքինման Ծրագրին (MSUDRP): Ձեր GR-ի դրամական օգնությունը կարող է մերժվել եթե դուք չեք բավարարում SUD ապաքինման ծրագրի պահանջը: Եթե դուք արդեն ստանում եք GR-ի դրամական օգնությունը և չեք բավարարում SUD ապաքինման ծրագրի պահանջը, ձեր GR-ը կարող է դադարեցվել և ենթարկվել տուգանքի ցանկացած ժամանակ:

ՆՇՈՒՄ. ցանկացած դիտավորյալ կամ անփութ անհամապատասխանություն(ներ), որը կատարում եք առանց **Հարգելի Պատճառի** կարող է ձեր GR-ը դադարեցնել և դուք կարող եք իրավասու չլինել կամ 0, 30 կամ 60 օր:

Ես կարդացել եմ (կամ ինձ համար կարդացել են) վերը նշված բոլոր կանոնները: Ես հասկանում եմ, որ եթե ես չհետևեմ այդ կանոններից յուրաքանչյուրին առանց հարգելի պատճառի, իմ GR-ի դրամական օգնությունը օժանդակությունը կդադարեցվի: Եթե իմ ամուսինը, անչափահաս երեխաները և 18 տարեկանները, որոնք հաճախում են միջնակարգ դպրոց/վերապատրաստման ծրագրերի և օժանդակություն են ստանում իմ գործի մեջ, նրանց օգնությունը նույնպես կդադարեցվի: Իմ GR-ի դրամական օգնությունը չի նվազի, եթե իմ հանգամանքները փոփոխվեն (օրինակ՝ ես հիվանդանամ) և ունենամ հարգելի պատճառ: Ես գիտեմ, որ ես կարող եմ զանգահարել Հաճախորդների Սպասարկման Կենտրոն, եթե ես այդ կանոնների վերաբերյալ հարցեր ունեմ:

Բաժին C - Ընդհանուր Համաձայնագիր

Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևյալ պայմաններին.

1. Կալանք կդրվի ցանկացած անշարժ գույքի վրա, որը ինձ է պատկանում կամ ես ձեռք կբերեմ ապագայում, ինչպիսին է՝ տուն կամ հողակտոր: Պարտապանի գույքի վրա կալանք դնելու իրավունքի ստորագրումը թույլ կտա մարզին հանել ինձ վճարած ցանկացած GR գումար, այդ անշարժ գույքի վաճառքից ստացված գումարից:
2. Նահանգի օրենքը պահանջում է մարզից, որպեսզի նա իրավապահ մարմիններին հայտնի որոշակի տեղեկություններ անձանց մասին, որոնք մահացել են կամ որոնց համար քրեական հանցագործության ձեռքարկման հրաման է արձակված: Այդ տեղեկություններն են՝ անունը, հասցեն, ծննդյան օրը, Սոցիալական Ապահովության Համարը (SSN) և ֆիզիկական նկարագիրը:
3. Բոլոր GR ստացող անձինք պետք է ներկայացնեն իրենց Սոցիալական Ապահովության Համարը (SSN) և հանձնեն մատնահետք, որպեսզի իրավասու լինեն: SSN-ը, մատնահետքը և ցանկացած այլ ներկայացված տեղեկություն կարող է օգտագործվել համակարգչային համընկնումների, վերանայումների և ստուգումների համար:

4. Ես պետք է հետ վճարեմ Լոս Անջելեսի մարզին ինձ վճարած GR-ի դրամական օգնությունը: Եթե ես մահանամ նախքան օգնությունը ետ վճարելը, Լոս Անջելեսի մարզը կարող է հայց ներկայացնել ընդդեմ իմ ունեցվածքի: Ես սույնով անտեսում եմ սահմանափակումները ցանկացած կանոնադրության, ներկայացնելու համար որևէ պահանջ մարելու օժանդակությունը, խնամքը, սպասարկումը և/կամ բժշկական օգնությունը:
5. Եթե ես ստանամ միանվագ գումար, այդ թվում, սակայն չի սահմանափակվում, դրամ ստացված դատական գործից, այլ ծրագրերի իրավասությունից (այդ թվում՝ Սոցիալական Ապահովության եկամուտ, Վետերանների նպաստներ և Հաշմանդամության ապահովագրություն), վիճակախաղի շահումներից, մոլախաղերից, ապահովագրության վճարումներից կամ ժառանգություններից, ես պետք է ինձ վճարած օգնությունը Լոս Անջելեսի մարզին ետ վճարեմ: Եթե ես Լոս Անջելեսի մարզին ետ չվճարեմ, ես GR ստանալու իրավունք չեմ ունենա այնքան ամիս, որ միանվագ գումարը համապատասխանում է իմ Հիմնական Բյուջեի Աղյուսակի կարիքներին:
6. Ես պետք է **ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՄ** կամ **ԳՐԵՄ** իմ իրավասությունը հաստատող աշխատողին, երբ լինի **ՈՐԵՎԷ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ** իմ հասցեյի, բնակարանային ծախսերի, եկամտի, սեփականության կամ իմ տանը ապրող անձանց թվի, **ԱՅԴ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՑ ՀԵՏՈ ՀԻՆԳ ՕՐԱՑՈՒՑԱՅԻՆ ՕՐՎԱ ԸՆԹԱՅՔՈՒՄ**:
7. Եթե ես հայտնեմ տեղեկություն, որը ճիշտ չէ կամ իմ իրավասությունը հաստատող աշխատողին չհայտնեմ փոփոխությունները, որոնք ազդում են իմ գործի կամ իմ ստացած օգնության գումարի վրա, ես կարող եմ ենթարկվել քրեական հետապնդման և վճարել տուգանք կամ գնալ բանտ:
8. Ես ապրում եմ Լոս Անջելեսի մարզում և մտադիր եմ մնալ այստեղ:
9. Ես հասկանում եմ, որ իբրև GR ստանալու պայման, ես պետք է նախապես ենթարկվեմ ստուգման պոստենցիալ թմրադեղերի/ալկոհոլի չարաշահման համար և եթե որոշվի, որ ես խնդիր ունեմ, ես պետք է մասնակցեմ մարզի կողմից հաստատված բուժման ծրագրին, որպեսզի կարողանամ շարունակել GR ստանալ:

Բաժին D – Լրացուցիչ Ապահովության Եկամտին (SSI) դիմելու համար

Ես հասկանում եմ, որ հետևյալները կտարածվեն ինձ վրա, եթե DPSS-ը որոշի, որ ես SSI ստանալու իրավունք ունեմ.

1. Եթե DPSS-ը պահանջի, ես կդիմեմ SSI-ի համար տեղական Սոցիալական Ապահովության գրասենյակում կամ նշանակված գրասենյակը:
2. Այն ժամանակ, երբ DPSS որոշում է, արդյոք ես իրավունք ունեմ SSI ստանալու կամ դրանից հետո, ցանկացած ժամանակ, իմ անունը, հասցեն, SSN-ը և գործի հետ կապված տեղեկությունները կտրվեն SSI-ի իրավաբանին, որն էլ կապահովի տեխնիկական օգնություն, որպեսզի իմ SSI-ը հաստատվի: Ես կհամագործակցեմ SSI-ի իրավաբանի հետ:
3. Ես կհայտնեմ DPSS-ին (հինգ օրացուցային օրվա ընթացքում), երբ Սոցիալական Ապահովության գրասենյակը կամ հաստատի կամ մերժի իմ SSI-ի դիմումը:
4. Ես կբողոքարկեմ ցանկացած մերժում (մերժման նամակը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում) ներկայացնելով «Պահանջ Վերանայման Համար» ձևը Սոցիալական Ապահովության Վարչություն:
5. Ես կներկայացնեմ DPSS-ին ապացույց (երբ պահանջվի), որ ես ներկայացրել եմ «Պահանջ Վերանայման Համար» ձևը:
6. Ես կներկայացնեմ «Պահանջ Ունկնդրության Համար» (բողոքարկում), եթե իմ վերանայման պահանջը նույնպես մերժվի:
7. Ես կներկայացնեմ DPSS-ին ապացույց (եթե պահանջվի), որ ես ներկայացրել եմ «Պահանջ Ունկնդրության Համար» ձևը: "
8. Եթե ես դիմեմ SSI-ի համար և իմ SSI-ի դիմումը մերժվի և ես բողոքարկեմ մերժումը, ապա մարզը կարող է տալ իմ անունը, հասցեն, հեռախոսի համարը և SSN-ը մասնավոր կապալառուին, որը կարող է ինձ ներկայացնել իմ բողոքարկման ունկնդրության ժամանակ:
9. SSI ունկնդրության ժամանակ իբրև իրավաբանական օգնություն ես կարող եմ ընդունել DPSS-ի տրամադրած մասնավոր կապալառուին (անվճար ինձ համար), կարող եմ ընտրել իմ սեփական ներկայացուցչին (որի վճարումների համար ես եմ պատասխանատու), կամ ինքս ինձ ներկայացնել:
10. Ես կպահեմ բոլոր նամակները ու ծանուցումները, որոնք կստանամ SSA-ից և երբ պահանջվի, դրանց պատճենները կներկայացնեմ DPSS-ին:
11. Ես կպատասխանեմ բոլոր նամակներին, որոնք կստանամ DPSS-ից, SSA-ից և իմ ներկայացուցչից, որոնք կպահանջեն ներկայացնել տեղեկություններ իմ SSI դիմումի կամ բողոքարկման վերաբերյալ:
12. Ես լիովին կհամագործակցեմ DPSS-ի, SSA-ի և իմ ներկայացուցչի հետ, իմ SSI-ի դիմումի կամ բողոքարկման հետ կապված բոլոր հարցերում:
13. Ես հասկանում եմ, որ այս պահանջների կատարումների թերանալը կարող է հանգեցնել իմ GR-ի մերժմանը/դադարեցմանը: Եթե հավելյալ տեղեկության կարիքը ունեմ, ես կարող եմ զանգահարել Հաճախորդների Սպասարկման Կենտրոնին:

Բաժին E – Թույլատվություն Ժամանակավոր Օժանդակության Նախնական Հայցի Փոխհատուցման կամ Հետիրավասության Գործի համար

AUTHORIZATION FOR REIMBURSEMENT OF INTERIM ASSISTANCE INITIAL CLAIM OR POSTELIGIBILITY CASE

NAME		SOCIAL SECURITY NUMBER
ADDRESS	CITY/TOWN	ZIP CODE
COUNTY IA AGENCY Los Angeles County		GR CODE 05200

For the purpose of this Authorization Form:

The term "State" means the California county interim assistance (IA) agency (s) that the California Department of Social Services has an interim assistance reimbursement agreement with and that paid you public assistance.

The term "SSI/SSP benefits" means "Supplemental Security Income/State Supplementary Payment" benefits under Title XVI of the Social Security Act.

What actions am I authorizing when I sign this authorization and I check the "Initial Claim Only" block?

Initial Claim Only

You are authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to reimburse the State for some or all of the money the State gives you while SSA decides if you are eligible to receive SSI/SSP benefits. If you become eligible, SSA pays the State from the retroactive SSI/SSP benefits due you. The reimbursement covers the time from the first month you are eligible to receive SSI/SSP benefits through the first month your monthly SSI/SSP benefit begins.

If the State cannot stop the last payment made to you, SSA can reimburse the State for this additional payment amount.

What actions am I authorizing when I sign this authorization and I check the "Posteligibility Case Only" block?

Posteligibility Case Only

You are authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to reimburse the State for some or all of the money the State gives you while SSA decides if your SSI/SSP benefits can be reinstated after being terminated or suspended. If your SSI/SSP benefits resume, SSA pays the State from the retroactive SSI/SSP benefits due you. The reimbursement covers the time from the day of the month the reinstatement is effective through the first month your monthly SSI/SSP benefit resumes.

If the State cannot stop the last payment made to you, SSA can reimburse the State for this additional payment amount.

How can the State use this form when blocks for initial claims and posteligibility cases are part of the form?

The State can use this form for one case situation at a time, either an initial claim or a posteligibility case. If both blocks are checked the form is not valid. You and the State must sign and date a new form with only one block checked.

What kind of State payment qualifies for reimbursement by SSA?

SSA can reimburse a State for a payment that is paid only from State or local funds. The State cannot be reimbursed for payments made

wholly or partially from Federal funds.

How does SSA determine how much of my SSI/SSP money to pay the State?

SSA decides the amount of payment based on two considerations. First, SSA looks at the amount of money claimed by the State, and second, SSA looks at the amount of your retroactive SSI/SSP money available to pay the State. SSA can reimburse the State for a payment made in a month only when you receive a State payment and an SSI/SSP payment for the same month. SSA will not pay the State more money than you have for the SSI/SSP retroactive period.

How long is this authorization effective for the State and me if I checked the "Initial Claims Only" block?

This authorization is in effect for you and the State for twelve (12) months. The 12 months begin with the date SSA receives the authorization from the State and end 12 months later. However, for a State using an electronic system, the 12 months begin with the date the State notifies SSA through an electronic system that the State has received the authorization and end 12 months later. You and a State representative must sign and date the authorization for the authorization to be valid.

Exceptions apply to this rule. The State must send SSA the authorization within a certain time frame. SSA must receive the form within 30 calendar days of the date you signed the authorization. If the form is late, SSA will not accept the form as a valid authorization. For the State using an electronic system, SSA must receive the authorization information within 30 calendar days of the state matching your SSI record with your state record. If the information is late, SSA will not accept the information sent by the State. SSA will not pay any of your retroactive SSI/SSP benefits to the State. SSA will send you any SSI/SSP money that may be due you, based on SSA's regular payment rules.

Can the authorization stay effective longer than the 12-month period? Can the authorization end before or after the 12-month period ends?

The authorization can stay effective longer than the 12-month period, if you

- apply for SSI/SSP benefits before the State has the authorization form, or
- apply within the 12-month period the authorization is effective, or
- file a valid appeal of SSA's determination on your initial claim.

The period of the authorization can end before the 12-month period ends, or end after the 12-month period ends when any of these actions take place:

- SSA makes the first SSI/SSP payment on your initial claim; or
- SSA makes a final determination on your claim; or
- the State and you agree to terminate this authorization.

The authorization period will end with the day of the month any of these actions take place.

How long is this authorization effective for the State and me if I check the "Posteligibility Case Only" block?

This authorization is in effect for you and the State for twelve (12) months. The 12 months begin with the date SSA receives the authorization from the State and end 12 months later. However, for a State using an electronic system, the 12 months begin with the date the State notifies SSA through an electronic system that the State has received the authorization and end 12 months later. You and a State representative must sign and date the authorization for the authorization to be valid.

Exceptions apply to this rule. The State must send SSA the authorization within a certain time frame. SSA must receive the form within 30 calendar days of the date you signed the authorization. If the form is late, SSA will not accept the form as a valid authorization. For a State using an electronic system, SSA must receive the authorization information within 30 calendar days of the State matching your SSI record with your State record. If the information is late, SSA will not accept the information sent by the State. SSA will not pay any of your retroactive SSI/SSP benefits to the State. SSA will send you any SSI/SSP money that may be due you, based on SSA's regular payment rules.

Can the authorization stay effective longer than the 12-month period? Can the authorization end before or after the 12-month period ends?

The authorization can stay in effect longer than the 12-month period if you file a valid appeal. You must file your appeal within the time frame SSA requires.

The period of the authorization can end before the 12-month period ends, or can end after the 12-month period ends when any of these actions take place:

- SSA makes the first SSI/SSP payment on your posteligibility case after a period of suspension or termination; or
- SSA makes a final determination on your appeal; or
- the State and you agree to terminate this authorization.

The authorization period will end with the day of the month any of these actions take place.

Can SSA use this authorization form to protect my filing date for SSI/SSP benefits?

SSA can use this form to protect your filing date if you checked the "Initial Claims Only" block. When you sign this form, you are saying that you have the intention of filing for SSI/SSP benefits if you have not already applied for benefits.

You have sixty (60) days from the date the State receives this form to file for SSI/SSP benefits. Your eligibility to receive SSI/SSP benefits can be as early as the date you sign this authorization if you file within the 60-day time period. If you file for SSI/SSP benefits after the 60-day time period, this form will not protect your filing date. Your filing date will be later than the date you sign this form.

How do I appeal the State's decision if I do not agree with the decision?

You can disagree with a decision the State made during the reimbursement process. You will receive the State notice telling you how to appeal the decision. You cannot appeal to SSA if you disagree with any State decision.

Within 10 working days after the State receives the reimbursement money from SSA, the State must send you a notice. The notice will tell you three things: (1) the amount of the payments the State paid you; (2) that SSA will send you a letter explaining how SSA will pay the remaining SSI/SSP money (if any) due you, and (3) about your right to a hearing with the State, including how to request the State hearing.

SIGNATURE OF INDIVIDUAL RECEIVING INTERIM ASSISTANCE	DATE
SIGNATURE OF STATE REPRESENTATIVE	DATE

If the applicant signs this application with a mark, the signature must have two witnesses who provide their signatures, addresses, and the dates they signed below.

WITNESSED BY:	WITNESSED BY:
ADDRESS (#, STREET):	ADDRESS (#, STREET):
CITY STATE ZIP	CITY STATE ZIP

Բաժին F - Ընդհանուր Օժանդակության Դիմումի Չեղյալ Համարում

Ես հասկանում եմ, որ նույնիսկ, եթե այն անձը, ով ինձ հետ հարցազրույց է անց կացնում ինձ ափի, որ ես իրավասու չեմ օգտվելու GR-ից, ես միևնույնն է իրավունք ունեմ լրացնելու դիմումնագիր և այդ իրավունքը ոչ մեկը չի կարող ինձնից վերցնել:
 Ես հասկանում եմ, որ եթե ես համաձայն չեմ իմ GR-ի պահանջի վերաբերյալ ձեռնարկված ցանկացած գործողությանը, ես կարող եմ ստանալ բողոքարկման ընթացակարգերի ամբողջական բացատրություն այն անձից, որն օգնում է ինձ լրացնել այս ձևը:
 Ես հասկանում եմ, որ ինձ պետք է տրվի մերժման գրավոր ծանուցում:
 Ես հասկանում եմ, որ եթե ես համաձայն չեմ իմ GR-ի դիմումի վերաբերյալ կատարված ցանկացած գործողությանը, ես իրավունք ունեմ բողոքարկելու գործողությունը և պահանջել որոշման բացատրություն կամ իմ դիմումի վերանայում Մերժման Բողոքը քննող ներկայացուցչից:

Ես հասկանում եմ, որ ես իրավունք չունեմ ստանալու GR, սակայն ես ցանկանում եմ շարունակել դիմումի ընթացքը:

Ես հասկանում եմ, որ ես իրավունք չունեմ ստանալու GR և ցանկանում եմ չեղյալ համարել իմ GR-ի պահանջը:

Դիմորդի Ստորագրությունը	Ամսաթիվ	Իրավասությունը Հաստատող Աշխատողի Ստորագրությունը	Ամսաթիվ
-------------------------	---------	--	---------

Բաժին G - Հայտարարություն և Ստորագրություն

Բոլոր չափահասները (18 կամ ավելի մեծ տարիքի) և դեռահասները (միայնակ դիմող), ովքեր պահանջում են GR, պետք է կարդան հայտարարությունը և ստորև ստորագրեն.

Հայտարարություն. Ես հայտարարում եմ, խարդախության համար պատժի գիտակցությամբ, որ բոլոր տեղեկությունները, որ ես հայտնել եմ իմ դիմումի մեջ ճշմարիտ են և ստույգ ինչքանով որ ինձ հայտնի է:

Չափահասի Ստորագրություն #1	Ամսաթիվ	Չափահասի Ստորագրություն #2	Ամսաթիվ	Չափահասի Ստորագրություն #3	Ամսաթիվ
----------------------------	---------	----------------------------	---------	----------------------------	---------

Եթե որևէ մեկը ստորագրության փոխարեն նշան է դրել, երկու վկաներ պետք է ստորագրեն և ստորև նշեն ամսաթիվը և իրենց հասցեն.

Վկայի Ստորագրություն	Ամսաթիվ	Վկայի Ստորագրություն	Ամսաթիվ
----------------------	---------	----------------------	---------

Հասցե	Հասցե
-------	-------

CERTIFICATION OF ELIGIBILITY	
KEY ELIGIBILITY ITEMS	SHOW RESPONSE BELOW
IDENTIFICATION: (ABP 898-1, Question 3) Does each client have acceptable identification or PA 230 initiated?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
UNDER 18: (ABP 898-1, Question 5) Is the client over age 18? If no, verification of minor applying alone has been completed.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
RESIDENCE: (ABP 898-1, Questions 6 and 7) Has the client lived in Los Angeles County 15 days and plans to remain here? If the client wants to return to place of residence, the PA 898-15 Non-Resident application must be on file.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
CITIZENSHIP: Is the client a United States citizen? If no: <input type="checkbox"/> acceptable alien verification is on file, or <input type="checkbox"/> a PA 696 is on file.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
PERSONAL PROPERTY: (ABP 898-1, Question 14) Does the client meet all personal property limits, as shown below: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Cash <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Checking savings, credit union, other <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Exempt \$500 life if for burial, otherwise include in \$500 limit. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Each adult may own interest in one motor vehicle with value of \$4,500 or less. For couple cases, only one vehicle is allowed. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: House trailer, houseboat or boat home used as residence worth no more than \$11,500. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Mobile home used as residence worth no more than \$15,000.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
REAL PROPERTY: (ABP 898-1, Question 15) Does the client meet all real property limits, as shown below: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Home with assessed value of \$34,000 or less	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
ASSETS GIVEN AWAY: (ABP 898-1, Question 16) Does the client declare that no property was given away in the last two years?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
INCOME: Is the client's total non-exempt income below the GR level?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
EMPLOYMENT: (ABP 898-1, Question 18) A potential UIB application has been filed, if appropriate, and the client's employment history does not qualify the client for CalWORKs (if this is a family case).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
HOUSEHOLD COMPOSITION AND HOUSING COST: (ABP 898-1, Question 9) Is the household size correctly determined and housing cost below the GR level? <hr/> Housing cost is over the GR level? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, PA 908 is initiated and follow-up control set.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
FLEEING FELONS: (ABP 898-1, Questions 19-20) Is the client fleeing to avoid prosecution or custody/conviction of a felony or is in violation of parole/probation. IF YES, DENY AID.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
ANNUAL AGREEMENT/CALFRESH RECONCILIATION: The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
CASH AID FOR IMMIGRANTS PROGRAM (CAPI): The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
PRESCREENING QUESTIONNAIRE FOR SUBSTANCE USE DISORDER Did client complete pre-screening? If positive or in treatment was client referred for assessment?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
DETERMINATION: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Eligible for General Relief. <input type="checkbox"/> Not Eligible for General Relief. Denial Code: _____ </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Eligibility Worker's Signature _____ Date _____ Eligibility Supervisor's Signature _____ Date _____ </div>	