

Հարավային Կարոլինայի Մոցիալական  
ծառայությունների բաժին

## ԺԱՄԿԵՏԻ ԼՐԱՆԱԼՈՒ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

Ձեր FS-ի ժամկետը կլրանա.

Առանց ընդհատման Ուտելիքի կտրոններ  
և/կամ FI ստանալու համար՝ Դուք պետք է  
լրացնեք և ետ վերադարձնեք ներքևի  
ձևաթուղթը՝ տեղեկատվության  
ապացույցների հետ միասին, Ձեր տեղական  
DSS-ի գրասենյակ հնարավորին չափ շուտ,  
բայց ոչ ավելի ուշ քան.

### ԿԱՐԵՎՈՐ – ԽՆԴՐՎՈՒՄ Է ԿԱՐԴԱԼ

- ԱՅՍ Ձեզ ԱԹՈՒՂԹԸ ԿՀԱՄԱՐՎԻ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎԱԾ, ԱՅՆՔԱՆ ՈՐ ԱՅՆ ՊԱՐՈՒՆԱԿԻ  
ՁԵՐ ԱՆՈՒՆԸ, ՀԱՍՑԵՆ ԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ:
- ՊԱՏԱՍԽԱՆԵՔ ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՂԹԻ ԲՈԼՈՐ ՀԱՐՑԵՐԻՆ: ԵԹԵ ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՂԹՈՒՄ ՏՐՎԱԾ  
ՏԱՐԱԾՔԸ ՉԻ ԲԱՎԱԿԱՆԵՑՆՈՒՄ, ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ԷՋ ԱՎԵԼԱՑՆԵԼ:
- ՀԱՐՑԵՐԻՆ ՃԻՇՏ ՉՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼՈՒ ԿԱՄ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ ԺԱՄԿԵՏԻՆ ՉՈՒՂԱՐԿԵԼՈՒ  
ԴԵՊՔՈՒՄ ՁԵՐ FI ՉԵՔԸ ԵՎ/ԿԱՄ ՈՒՏԵԼԻՔԻ ԿՏՐՈՆՆԵՐԸ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ՀԵՏԱԶԳՎԵԼ, ԿՐՃԱՏՎԵԼ  
ԿԱՄ ԴԱԴԱՐԵՑՎԵԼ:
- ԵԹԵ ՁԵՐ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ ՓՈՍՏՈՎ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ՄԻՆՉԵՎ ԺԱՄԿԵՏԸ ԵՎ ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ԿԱՄ  
ՄԵՐԺՄԱՆ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ ՉՍՏԱՆԱՔ ՄԻՆՉԵՎ ԱՅԴ ԱՄՍՎԱ ՎԵՐՋԻՆ ՕՐԸ, ԴԻՄԵՔ ՁԵՐ ԳՈՐԾԻ  
ԱՇԽԱՏԱԿՑԻՆ:
- ՁԵՐ ԳՈՐԾԻ ԱՇԽԱՏԱԿԻՑԸ ԹԵՐԵՎՍ ՁԵՋ ՀԵՏ ԿԱՊՎԻ ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՂԹՈՒՄ ՁԵՐ ՏՐԱՄԱԴՐԱԾ  
ԲՈԼՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ԱՊԱՑՈՒՅՑԻ ՀԱՄԱՐ:
- ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՄԵՋ ԴԻՄԵԼ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑԻ ԱՅԼ ՄԵԹՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ: ԴՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ՄԵՋ  
ԴԻՄԵՔ ԲԱՅ ԹՈՂԱԾ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑԸ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ:
- ԵԹԵ ՁԵՐ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԲՈԼՈՐ ԱՆԴԱՄՆԵՐԸ SSI ԵՆ ՍՏԱՆՈՒՄ, ԴՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ԴԻՄԵՔ ՈՒՏԵԼԻՔԻ  
ԿՏՐՈՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ:

## ՈՒՂԱՐԿՎԱԾ ՎԵՐԱՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ

	ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ – ՄԻԱՅՆ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ	Եթե այս ձևաթղթի հետ կապված օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք.	CO. NO.	ԳՈՐԾԻ ԱՆՈՒՆ	
				ԳՈՐԾԻ ՀԱՄԱՐ	ԳՈՐԾԻ ԹԻՎ
				ԱՇԽԱՏԱԿՑԻ ԱՆՈՒՆ	
				ԿՏՐՈՆԻ ՀԱՍՏ. ԺԱՄԿԵՏ	

Այս ձևաթուղթը կհամարվի ներկայացված, եթե ստացվի միայն Ձեր անունով, հասցեյով և ստորագրությամբ: Ես հաստատում եմ, որ հետևյալ հարցերը պատասխանվել են ճշմարտորեն և ամբողջությամբ՝ երդմնազանցության պատժի ներքո: Ես հասկանում եմ, որ այս ձևաթղթում տրված տեղեկությունները կարող են պատճառ դառնալ, որ իմ FI կամ Ուտելիքի կտրոնների արտոնությունները դադարեն կամ փոփոխվեն: Ես թույլտվություն եմ տալիս Սոցիալական ծառայությունների բաժնին ցանկացած կապի մեջ մտնել իմ պնդումները ստուգելու համար:

Ստորագրություն. \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ. \_\_\_\_\_

Ցերեկային հեռախոսահամար. \_\_\_\_\_

1. Հայտնեք մեզ, թե որտեղ եք բնակվում և ինչպես կարելի է կապվել Ձեզ հետ:

Ազգանուն	Անուն.	Միջնա տառ	Ցերեկային հեռախոսահամար.	
Փողոցի հասցե, (ներառեք բնակարան/հողամաս)	Քաղաք.	Նահանգ.	Ինդեքս.	Տարածաշրջան.
Փոստային հասցե. (Եթե տարբեր է, ներառեք բնակարան/հողամաս)	Քաղաք.	Նահանգ.	Ինդեքս.	Տարածաշրջան.

2. Հայտնե՞ք մեզ, թե ով է Ձեզ հետ բնակվում: Ձեզ առաջինը թվարկե՞ք:

Թվարկեք անուններն այնպես, ինչպես նրանք գրված են այդ անձի սոցիալական ապահովության քարտի վրա (Եթե այդ անձը քարտ ունի)	Տարիք	Սեռ (Ար. կամ Իգ)	Գիծ 1 անվան հետ հարաբերությունը	Եթե դպրոց եք հաճախում, դպրոցի անունը	Դասարան
1.			Ինքս		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

3. Վերոհիշյալ անհատերից որևէ մեկը արդյո՞ք փախստի մեջ գտնվող հանցավոր է, փորձնական ժամկետի/ազնիվ խոսքով ազատ արձակման խախտող, կամ՝ օգոստոսի 22, 1996 թ. հետո տեղի ունեցած հսկվող նյութի շահագործման խախտման մեջ դատապարտված:  Այո  Ոչ Եթե այո, անունը. \_\_\_\_\_

4. Ձեր ընտանիքում որևէ մեկն արդյոք աշխատում է:  Այո  Ոչ Եթե այո, ուղարկեք բոլոր աշխատավարձի կտրոնները ստացված.  
 Եթե աշխատավարձի կտրոններ չունեք, ապա Ձեր աշխատատեղը պետք է լրացնի հետևյալ բաժինը:

A				ԱՇԽԱՏԱՏՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ				B				ԱՇԽԱՏԱՏՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ			
ԱՇԽԱՏԱՏՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ ԵՎ ՀԱՍՑԵՆ								ԱՇԽԱՏԱՏՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ ԵՎ ՀԱՍՑԵՆ							
ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՁԻ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ				ԽՈՇՈՐ ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՁ	ԹԵՅԱՓՈՂ	ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԺԱՄԱՔԱՆԱԿ	ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՁԻ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ				ԽՈՇՈՐ ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՁ	ԹԵՅԱՓՈՂ	ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԺԱՄԱՔԱՆԱԿ		
ԱՄ	ՕՐ	ՏԱՐԻ	ԱՄ				ՕՐ	ՏԱՐԻ							
1.							1.								
2.							2.								
3.							3.								
4.							4.								
5.							5.								
ԱՇԽԱՏԱՏՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ					ԱՇԽԱՏԱՏՈՂԻ ՏԵՂԱԿԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ			ԱՇԽԱՏԱՏՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ					ԱՇԽԱՏԱՏՈՂԻ ՏԵՂԱԿԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ		

5. Ձեր ընտանիքում որևէ մեկը աշխատանքից բացի որևէ այլ տեղից գումար ստանու՞մ է արդյոք:

Այո  Ոչ

ԱՅԼ ԵԿԱՄՈՒՏ	ԳՈՒՄԱՐ	Ինչքա՞ն հաճախ եք Դուք այս եկամուտը ստանում:	Ո՞վ է ՍՏԱՆՈՒՄ ԱՅՍ ԵԿԱՄՈՒՏԸ:
Երեխայի օգնություն (Կամավոր կամ դատական հրամանով)	\$		
SSI	\$		
Սոցիալական ապահովության վճարում	\$		
Գործազրկության նպաստ	\$		
Վետերանների նպաստ	\$		
Այլ: (Բացատրեք)	\$		

6. Ձեր ընտանիքում որևէ մեկը վճարու՞մ է արդյոք այս ծախսերը:  Այո  Ոչ

Եթե այո, ապա լրացրեք այս տեղեկությունները, որ ցուցադրեք, որ ցանկանում եք այդ հանումը և ուղարկեք  
ապացույցը:

ԾԱԽՍ	Ո՞վ է ՎՃԱՐՈՒՄ:	ԳՈՒՄԱՐԸ	ԾԱԽՍ	Ո՞վ է ՎՃԱՐՈՒՄ: ԳՈՒՄԱՐԸ
Վարձ		\$	Գրավադրություն/2րդ գրավ/	\$
Հողամասի վճարում		\$	Գույքի հարկեր/Գնահատումներ Չընդգրկված տան վճարման մեջ	\$
Շարժական տուն Վարձով տարածք/հողամաս		\$	Տանտերերի ապահովագրություն Չընդգրկված տան վճարման մեջ	\$

Ջեռուցման ծախսեր ունե՞ք արդյոք:  Այո  Ոչ Օդափոխիչի ծախսեր ունե՞ք արդյոք:  Այո

Ոչ

Որևէ մեկը արդյոք ստանու՞մ է էներգիայի օժանդակության վճարումներ:  Այո  Ոչ

7. Որևէ մեկը վճարու՞մ է արդյոք երեխայի խնամքի, կամ՝ ընտանիքի մեծահասակ հաշմանդամ անդամի

խնամքի համար:  Այո  Ոչ

Հաշիվները և/կամ ստացականները ուղարկեք և այդ ամսվա համար լրացրեք ներքևի տեղեկությունները:

Դայակն ու՞մ է խնամում:		Ո՞վ է վճարում դայակին:
Դայակի անունը.		
Արժեքը.		Ինչքա՞ն հաճախ:
Եթե չունեք բոլոր հաշիվները/ստացականները, դայակը պետք է լրացնի այս բաժինը.		→
Դայակի ստորագրությունը.		Դայակի հեռախոսահամարը.
Ստանու՞մ եք արդյոք ABC Երեխայի խնամքի երաշխավորագիր: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		

8. Որևէ մեկը, ով 60 տարեկանից ավելի մեծ է կամ հաշմանդամության նպաստներ է ստանում, վճարու՞մ է արդյոք \$35-ից ավելի ամսական բժշկական ծախսերի համար:  Այո  Ոչ

Ցանկանու՞մ եկ արդյոք հայց ներկայացնել այդ ծախսերի հանումների համար:  Այո  Ոչ

Եթե այո, ապա ուղարկեք ստացականները կամ համակարգչից արտատպված ծախսերը, այլապես մենք Ձեզ այս հանումը չենք կարող շնորհել:

9. Ունե՞ք արդյոք իրավական համաձայնություն/դատական հրաման, որը Ձեզ հարկադրում է երեխայի օժանդակություն վճարել Ձեր ընտանիքից դուրս որևէ մեկի համար:  Այո  Ոչ Եթե դա այդպես և ցանկանում եք հայց ներկայացնել այդ վճարումների համար, համաձայնության ապացույցն ուղարկեք:

Բացի այդ, ուղարկեք վճարումների գումարը, որ Դուք կատարել էիք. \_\_\_\_\_

համար: Եթե ապացույց չտրամադրեք, մենք Ձեզ չենք կարողանա այդ հանումը շնորհել:

10. Եթե ցանկանում եք փոխել Ձեր ընտանիքի գլխին, կապվեք Ձեր գործի աշխատակցի հետ: