

APPLICATION FOR SOCIAL SERVICES (Սոցիալական ծառայութեան դիմում)

Դիմորդին: Կը խնդրեսք լրացնել այս ձևի 1pg-7 կետերը: Այս ձևը կարող է վերստումնուել:

Տնօւմնում: պահեք այս դիմումի կրկնօրինակը: Եթե պատասխան չստանար երեսուն օրեն, տեղեկացրեք մարզի ներկայացուցիչին, հեռածայնելով վարդ «ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՄԻԱՅՆ» բաժնում տրամադրուած հեռախոսահամարով:

* **ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՐԿՈՒԹԵԱՆ ԹԻՒ-** Դուք պարտադրված եք տրամադրելու Ձեր սոցիալական պահովութեան թիւ(եր)ը, ինչպես պահանջվում է 42 USC 405 MPP 30-769.71: Այս տեղեկութիւն կօմնտամործուի ձեր իրավասութիւնը որոշելու համար եւ այլ հանրային մորթակալութիւնների հետ տեղեկութիւններ համատեղելու համար:

		Գործի թիւ*	Դիմումի օրը*	
1. Անուն		*Սոցիալական Ապահովութեան Թիվ (SSN)		
Հասցե		Մեռ □ Արական □ Իմասկան		
Բաղադր	Փոստային կոդ	Հեռախոս ()	Ծննդյան օրը	
2. Դուք վետերան ե՞ք	Դուք վետերանի կին կամ ամուսին ե՞ք □ Այո □ Ոչ	Եթե այս ապա տուեք վետերանի անունը և թիւ □ Այո □ Ոչ		
3. Վրդյո՞ք ստանում եք SSP/SSI օմնութիւն	□ Այո □ Ոչ	Եթե այս ապա նշեք ձեր ապրելու պայմանները □ Ինքնորույն □ Տրամադրուում է տուն եվ ինսամք □ Մեկ ուրիշի տանը		
Հանչ ծառայութիւն եք պահանջում				
4. Արդեօ՞ք ստացել եք տնային օմնութեան ծառայութիւն (IHSS) անցեալում Եթե այս ապա լրացրեք հետեւյալը՝	□ Այո □ Ոչ			
Ծառայությունների տեսակը եվ ստանալու օրը, ամիսը և տարին	Ժամաբանակը	Օմնտամործուած այլ անուն (Եթե տարբեր է վերը նշուածն)		
5. Նշեք ձեր ընտանիքի անդամներին:	Ծննդյան	*Սոցիալական ապահովութեան թիւ		
Ամուսնու/կնոջ անունը □ Ծննդյան անունը				
Երեխա/այլ հարազատ				
Երեխա/այլ հարազատ				
6. Օրենքը կը պահանջէ, որպէսզի տրամադրեք եթեկական ծամսումը և հիմանական լեզուն: Եթե չլրացնեք այս մասը, սոցիալական ծառայութեան աշխատակիցը ձեր փոխարեն կլրացնէ: Տրամադրուած տեղեկութիւնը չի ազդի ձեր ծառայութիւն ստանալու իրաւասու լինելուն:				
A. Իմ եթեկական ծամսումը՝ (տե՛ս հակառակ կողմը ճիշտ կողի համար)	□	B. Ես խոսում եմ եվ հասկանում եմ անմկերես: Իմ հիմնական լեզուն՝ (տե՛ս հակառակ կողմը ճիշտ կողի համար)	□ Այո □ Ոչ	
7. Ես կը հաւաստիացնեմ, որ վերը տրուած տեղեկութիւնը ըստ իս ճշմարիտ է: Եթե ապամսային կարիք ըլլա տեղեկութիւն վերստումնելու, ես կը համաձայնի ամբողջովին համամործակցել:	Ամիս, ամսաթիւ	Դիմորդի ներկայացուցիչի ստորամրութիւն	Ամիս, ամսաթիւ	
Դիմորդի ներկայացուցիչի հասցե	Ներկայացուցիչի հեռածային թիւ ()	Հարաբերութիւնը դիմորդի հետ		

ՆԱԽԱՏԵՍՈՒԹՅ Ե ՄԻԱՅՆ ԳՈՐԾՎԱԿԱՆՈՒԹԵԱՆ ՀԱՄԱՐ

Արդեօ՞ք կը ստանայ իրավասու եկամուտ եկամուտ	Արդեօ՞ք ունի իրավասու կարմավեճար	Ճշտում	Սոցիալական աշխատողի կամ մորթակալութեան ներկայացուցիչի ստորամրութիւն	Հեռածային թիւ ()
Ծառայութիւնը ստացողի կարմավեճարը՝ □ Փախստական □ Կորպայի/Զարիի էնրանտ(ներմաղթած)	Բացատրել և ներկայացնել փախստական և էնրանտի ստատուի հաստատման աղբյուրը:			

Ծառայություններից օմնուելու իրաւասության վերահաստատում նրանց համար, ովքեր իրավասու կարմարվիճակ ունեն

Ամիս/Ամսաթիւ	ճշտման աղբիւր	Աշխատակցի ստորամրութիւն	Ամիս/Ամսաթիւ	ճշտման աղբիւր	Աշխատակցի ստորամրութիւն

A. Եթնիկական կող

1. Սպիտակամորթ
2. Իսպանացի /դեղնամորթ
3. Աևամորթ
4. Ասիացի կամ Խաղաղօվկիանոսյան կղզիներից
5. Ամերիկյան Յնդիացի կամ Ալիասկայի բնիկ
7. Ֆիլիպինցի
- C. Չինացի
- H. Կամբոջիացի
- J. Ճապոնացի
- K. Կորեացի
- M. Սամոացի
- N. Ասիացի Յնդիկ
- P. Քավայան կղիից
- R. Գուամի կղցիից
- T. Լաոսից
- V. Վիետնամից

B. Լեզվուհի կողեր

- | | |
|--|------------------|
| O. Ամերիկյան խոլ և համրերի լեզու (AMISLAN կամ ASL) | G. Միեն |
| 1. Իսպաներեն-NOA-ն կտրամադրուի իսպաներեն | H. Յմոնմն |
| 2. Կանտոներեն | I. Լառ |
| 3. Ճապոներեն | J. Թուրքերեն |
| 4. Կորեերեն | K. Եբրայերեն |
| 5. Թամանալումն | L. Ֆրանսերեն |
| 6. Այլ լեզու, ոչ անմներեն | M. Լեհերեն |
| 7. Անմներեն | N. Ռուսերեն |
| 9. Իսպաներեն-NOA-ն կտրամադրուի անմներեն | P. Պորտուգալերեն |
| A. Այլ խոլ և համրերի լեզու | Q. Իտալերեն |
| B. Մանդահշֆ | R. Արաբերեն |
| C. Այլ չինական լեզու | S. Սամոերեն |
| D. Կամբոջիերեն | T. Թայ |
| E. Քայերեն | U. Ֆարսի |
| F. Իլականո | V. Վիետնամերեն |