

# ԳԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ MEDI-CAL-Ի ՀԱՄԱՐ

Այս թերթիկը լրացնելու համար օգտագործեք ցուցմունքները: Գրե՛ք հստակ: Օգտագործեք միայն սև կամ կապույտ թանաք:

## ՀԱՏՎԱԾ 1 Մեզ ասացե՛ք անձի մասին, որը Medi-Cal է ուզում իր, իր ընտանիքի կամ իր խնամքի ներքև գտնվող երեխաների համար:

<b>1</b> ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԱՆՈՒՆ	ՄԻՋՆԱՆՈՒՆ
<b>2</b> ԲՆԱԿԱՐԱՆԻ ՀԱՍՑԵ (ՀԱՄԱՐ ԵՎ ՓՈՂՈՑ): ՓՈՍՏԱՐԿՎ ՄԻՆՆԵՔ ԵԹԵ ԱՆՏՈՒՆԻ ԶԵՔ	<b>3</b> ՀԱՐԿԱԲԱԺՆԻ ՀԱՄԱՐ	<b>4</b> ՏԱՆ ՀԵԱԽՈՍԻ # ( )
<b>5</b> ՔԱՂԱՔ/ՆԱՀԱՆԳ	<b>6</b> ԿԱՌԿՐԻ	<b>7</b> ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԿՈՂ
<b>8</b> ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՀԵԱԽՈՍԻ # ( )	<b>9</b> ԹՂԹԱՏԱՐԱԿԱՆ ՀԱՍՑԵ (ԵԹԵ ՏԱՐՔԵՐ Է ՎԵՐԸ ՆԾՎԱԾԻՑ) ԿԱՄ ՓՈՍՏԱՐԿՎ	<b>10</b> ՀԱՐԿԱԲԱԺՆԻ ՀԱՄԱՐ
<b>11</b> ՈՒՂԵՐՁԱՑԻՆ ՀԵԱԽՈՍԻ # ( )	<b>12</b> ՔԱՂԱՔ	<b>13</b> ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԿՈՂ
<b>14Ա</b> ՈՐ ԼԵՋՈՒՆ/ԲԱՐՔԱԸ ԽՈՍՈՒՄ ԵՔ ԼԱՎԱԳՈՒՑՆԱ	<b>14Բ</b> ՈՐ ԼԵՋՎՈՎ ԵՔ ԿԱՐԳՈՒՄ ԼԱՎԱԳՈՒՑՆԱ	

## ՀԱՏՎԱԾ 2 Մեզ ասացե՛ք Հատված 1-ում նշված անձի, իր ընտանիքի և իր խնամքի ներքև գտնվող երեխաների մասին, նույնիսկ եթե նրանք ծածկույթ չեն ուզում:

	2ափահաս 1/ Անձը ի՛նք	2ափահաս 2	Երեխա 1	Երեխա 2	Երեխա 3
<b>15</b> Անուն՝ ԱԶԳԱՆՈՒՆ ԱՆՈՒՆ ՄԻՋՆԱՆՈՒՆ					
<b>16</b> Կապը Հատված 1-ի անձի հետ:					
<b>17</b> Եթե բնակության հասցեն տարբեր է Հատված 1-ում նշվածից, նշե՛ք բնակության հասցեն՝					
<b>18</b> Սեռը՝	<input type="checkbox"/> Այր <input type="checkbox"/> Կին	<input type="checkbox"/> Այր <input type="checkbox"/> Կին	<input type="checkbox"/> Այր <input type="checkbox"/> Կին	<input type="checkbox"/> Այր <input type="checkbox"/> Կին	<input type="checkbox"/> Այր <input type="checkbox"/> Կին
<b>19</b> Ամուսնական գոյավիճակ՝	<input type="checkbox"/> Ամուրի <input type="checkbox"/> Ամուսնացած <input type="checkbox"/> Ամուսնալուծված <input type="checkbox"/> Բաժանված <input type="checkbox"/> Այլի	<input type="checkbox"/> Ամուրի <input type="checkbox"/> Ամուսնացած <input type="checkbox"/> Ամուսնալուծված <input type="checkbox"/> Բաժանված <input type="checkbox"/> Այլի	<input type="checkbox"/> Ամուրի <input type="checkbox"/> Ամուսնացած <input type="checkbox"/> Ամուսնալուծված <input type="checkbox"/> Բաժանված <input type="checkbox"/> Այլի	<input type="checkbox"/> Ամուրի <input type="checkbox"/> Ամուսնացած <input type="checkbox"/> Ամուսնալուծված <input type="checkbox"/> Բաժանված <input type="checkbox"/> Այլի	<input type="checkbox"/> Ամուրի <input type="checkbox"/> Ամուսնացած <input type="checkbox"/> Ամուսնալուծված <input type="checkbox"/> Բաժանված <input type="checkbox"/> Այլի
<b>20</b> Տանը ամուսնացած դեռահասների կողակից(ներ)ի անունը՝					
<b>21</b> Ծննդյան թվականը՝	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ
<b>22</b> Հղի՞	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Ծննդաբերության թվականը՝	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ
<b>23</b> Ֆիզիկական, մտային, կամ զգացմունքային անկարողություն ունի՞:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Անկարողությունը ենթադրաբար կտևի՞	<input type="checkbox"/> 30 Կամ Ավելի Օր <input type="checkbox"/> 12 Կամ Ավելի Ամիս	<input type="checkbox"/> 30 Կամ Ավելի Օր <input type="checkbox"/> 12 Կամ Ավելի Ամիս	<input type="checkbox"/> 30 Կամ Ավելի Օր <input type="checkbox"/> 12 Կամ Ավելի Ամիս	<input type="checkbox"/> 30 Կամ Ավելի Օր <input type="checkbox"/> 12 Կամ Ավելի Ամիս	<input type="checkbox"/> 30 Կամ Ավելի Օր <input type="checkbox"/> 12 Կամ Ավելի Ամիս

ԱՆՉԱՏԵՔ ԱՅՍԵՎԻՑ

ՉԼՈՒՑՈՒՄ ԳՆԱԳՆՈՒՄ

ՀԱՏՎԱԾ 2	Շարունակված	2ափահաս 1/ Անձը ի՞նչ	2ափահաս 2	Երեխա 1	Երեխա 2	Երեխա 3
24	Երբևէ որևէ անձ ստացել է կանխիկ օգնություն, SSI, Պարենատոմս կամ Medi-Cal:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	Եթե «Այո», ի՞նչ անվան տակ:					
25	Medi-Cal-ի նպաստների BIC քարտի համարը՝ եթե ունեք այն:					
26	Բժշկական նպաստներ ուզո՞ւմ է:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
27	Ունե՞ք կամ գնո՞ւմ եք բնակարան Կալիֆորնիայից դուրս:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

**ՀԱՏՎԱԾ 3** Պատասխանե՞ք Հատված 2-ի **բոլոր** երեխաների համար:

Երեխա 1	Երեխա 2	Երեխա 3	2ծնված
28 Մոր Անունը՝	Մոր Անունը՝	Մոր Անունը՝	Մոր Անունը՝
Արդյո՞ք մայրը՝ <input type="checkbox"/> Գործում է <input type="checkbox"/> Անկարող է <input type="checkbox"/> Չի գործում <input type="checkbox"/> Մահացած է <input type="checkbox"/> Բացակա է	Արդյո՞ք մայրը՝ <input type="checkbox"/> Գործում է <input type="checkbox"/> Անկարող է <input type="checkbox"/> Չի գործում <input type="checkbox"/> Մահացած է <input type="checkbox"/> Բացակա է	Արդյո՞ք մայրը՝ <input type="checkbox"/> Գործում է <input type="checkbox"/> Անկարող է <input type="checkbox"/> Չի գործում <input type="checkbox"/> Մահացած է <input type="checkbox"/> Բացակա է	Արդյո՞ք մայրը՝ <input type="checkbox"/> Գործում է <input type="checkbox"/> Անկարող է <input type="checkbox"/> Չի գործում <input type="checkbox"/> Մահացած է <input type="checkbox"/> Բացակա է
29 Հոր Անունը՝	Հոր Անունը՝	Հոր Անունը՝	Հոր Անունը՝
Արդյո՞ք հայրը՝ <input type="checkbox"/> Գործում է <input type="checkbox"/> Անկարող է <input type="checkbox"/> Չի գործում <input type="checkbox"/> Մահացած է <input type="checkbox"/> Բացակա է	Արդյո՞ք հայրը՝ <input type="checkbox"/> Գործում է <input type="checkbox"/> Անկարող է <input type="checkbox"/> Չի գործում <input type="checkbox"/> Մահացած է <input type="checkbox"/> Բացակա է	Արդյո՞ք հայրը՝ <input type="checkbox"/> Գործում է <input type="checkbox"/> Անկարող է <input type="checkbox"/> Չի գործում <input type="checkbox"/> Մահացած է <input type="checkbox"/> Բացակա է	Արդյո՞ք հայրը՝ <input type="checkbox"/> Գործում է <input type="checkbox"/> Անկարող է <input type="checkbox"/> Չի գործում <input type="checkbox"/> Մահացած է <input type="checkbox"/> Բացակա է

**ՀԱՏՎԱԾ 4** Ցանկազրեք Հատված 2-ում ցուցակագրված անձերի կողմից ստացված **բոլոր** եկամուտները/փողերը:

30 ԵԿԱՄՈՒՏԸ/ ՓՈՂԸ ՍՍԱՑՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	31 ՍՍԱՑՎԱԾ ԵԿԱՄՏԻ/ ՓՈՂԻ ԱՂԲՅՈՒՐԸ (Աշխատավարձից, ընկերային ապահովությունից)	32 ՍՍԱՑԱՎԱԾ ԵԿԱՄՏԻ/ ՓՈՂԻ ԳՈՒՄԱՐԸ	33 ԵԿԱՄՏԻ/ՓՈՂԻ ՍՍԱՑՄԱՆ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ (Ամսական, կիսամյա, շաբաթական, երկշաբաթական, օրական)

**ՀԱՏՎԱԾ 5** Տվե՛ք տեղեկություն Հատված 2-ի **բոլոր** անձերի կողմից վճարվող ցուցակագրված ծախսերի մասին:

Ձեր ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԿԱՏԱՐԱԾ ՎՃԱՐՄԱՆ ՏԵՍԱԿԸ	34 ՎՃԱՐՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	35 ՎՃԱՐՎԱԾ ԱՄՍԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐԸ	36 ԵՐԵՒՑԱՅԻ ԿԱՄ ԿԱԽՑԱԼԻ ԽՆԱՄՔ (Ցանկազրեք երեխայի կամ կախյալի անունը)	37 ՏԱՐԻՔ	38 ՎՃԱՐՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	39 ՎՃԱՐՎԱԾ ԱՄՍԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐԸ
Երեխայի Օժանդակություն			1.			
Անդամվճար			2.			
Այլ Առողջապահական Ապահովագրության Ապահովագիմ			3.			
Մեդիկարի Ապահովագիմ			4.			

**ՀԱՏՎԱԾ 6**

Բաց թողեք այս Հատվածը՝ եթե դիմում եք միայն 19-ից պակաս տարիք ունեցող երեխաների և/կամ հղի կանանց համար (հիշողությանը առնչվող ծառայություններ միայն):

**Այլապես պատասխանեք Հատված 2-ում նշված բոլոր անձերի համար:**

- 40 Արդյոք որևէ մեկն ունի՞ զանձված կամ չզանձված փոխադրեր:  Այո  Ոչ  
Եթե «Այո», այստեղ նշեք գումարը \_\_\_\_\_ (Նայեք ցուցմունքներին)
- 41 Արդյոք որևէ մեկն ունի՞ փոխադրային կամ խնայողական հաշիվ, կամ կյանքի ապահովագրություն:  Այո  Ոչ  
(Նայեք ցուցմունքներին)
- 42 Ձեր ընտանիքում մեկը ինքնաշարժ կա, թե՞ ոչ:  Այո  Ոչ  
(Նայեք ցուցմունքներին)
- 43 Արդյոք որևէ մեկն ունի՞ դատարանով արձակված լուծում կամ դատավճիռ: (Նայեք ցուցմունքներին)
- 44 Արդյոք որևէ մեկն ունի՞ Երկարաժամկետ Խնամքի ապահովագրություն: (Նայեք ցուցմունքներին)
- 45 Արդյոք որևէ մեկն ունի՞ բաներ, ինչպես՝ արժեթղթեր, դրամատոմսեր, հանգստյան հիմնադրամներ, ավանդներ, անշարժ կալված, առևտրի հատկացված մեքենաներ, առևտրական հաշիվներ, պարտավորագրեր, պարտամուրհակներ, ավանդի փաստաթղթեր, հանգստի մեքենաներ, թաղմանական ավանդներ կամ հիմնադրամներ, տարեկան ռենտաներ, գոհարեղեն (ոչ ժառանգական կամ ամուսնական), քարուղի կամ հանքերի իրավունքներ: (Նայեք ցուցմունքներին)
- 46 Արդյո՞ք այս հարցաթերթում նշված որևէ անձ անցած 30 ամիսներին փոխանցել, վաճառել, փոխանակել կամ ձեռքից հանել է վերևը նշվածների մեկն որևէ բան: (Նայեք ցուցմունքներին)
- 47 Արդյո՞ք այս հատվածում նշված որևէ կետ ծախսվել է կամ օգտագործվել որպես ապահովություն բժշկական ծախսերի: (Նայեք ցուցմունքներին)

**ՀԱՏՎԱԾ 7**

Պատասխանեք միայն Medi-Cal ցանկացող անձերի համար:

	2ափահաս 1/ Անձը ի՞նք	2ափահաս 2	Երեխա 1	Երեխա 2	Երեխա 3
48 Ընկերային Ապահովության #:					
Հնարավոր է, որ դուք կարողանաք Medi-Cal ստանալ, նույնիսկ եթե չունեք Ընկերային Ապահովության Համար:					
49 Ծննդյան վայր՝ Նահանգ կամ Երկիր					
50 ԱՄՆ-ի Քաղաքացի կամ Հպատակ: Եթե «Ոչ», գրեք ԱՄՆ մուտքի թվականը:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ
51 Բնակվո՞ւմ եք Երկարաժամկետ Խնամքի կամ Գիշերօթիկային Խնամքի վայրում:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Եթե «Այո», անվանեք վայրը՝					
Մտադի՞ր եք տուն դառնալ:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Մտադի՞ր եք վեց ամսից տուն դառնալ:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
52 Ունե՞ք առողջապահական/ ատամնային կամ տեսողական ծածկույթ:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
53 Medi-Cal-ի դիմելուն նախորդող 3 ամիսների ընթացքում ունեցե՞լ եք բժշկական ծախսեր և Medi-Cal ուզո՞ւմ եք այդ ծախսերի համար:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
54 Կա՞ առկա իր տնային գործ արկածի կամ վնասվածքի հետևանքով:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

ԱՆՉԱՍԵՎ ԱՅՍՏԵՎԻՑ

ՉԱՐՈՒՆԱԿԵԼԻ

**ՀԱՏՎԱԾ 7** Գարունակված

	2ափահաս 1/ Անձը ի՞նք	2ափահաս 2	Երեխա 1	Երեխա 2	Երեխա 3
55 Ներկա կամ անցյալ ԱՄՆ Բանակային Ծառայությունում չափահասների, կողակցի կամ երեխայի ծնողքի:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Ինքս <input type="checkbox"/> Կողակցի <input type="checkbox"/> Ծնող	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Ինքս <input type="checkbox"/> Կողակցի <input type="checkbox"/> Ծնող	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Ինքս <input type="checkbox"/> Կողակցի <input type="checkbox"/> Ծնող	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Ինքս <input type="checkbox"/> Կողակցի <input type="checkbox"/> Ծնող	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Ինքս <input type="checkbox"/> Կողակցի <input type="checkbox"/> Ծնող
56 Ազգություն (ցեղ)՝ (Անպարտադիր)					
57 Դպրոցում եք լրիվ ժամանակով:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
58 Տնից հեռու՞ եք բնակվում:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

**ՀԱՏՎԱԾ 8** Տեղեկության բացթողում (Անպարտադիր):

59 Եթե ձեր երեխան առանց-ծախսի Medi-Cal-ի համար պայմանուճակ չլինի, և դուք չեք ցանկանում, որ Medi-Cal-ն ձեր երեխայի ձևն Healthy Families (Հելթի Ֆամիլի) ցածր-ծախս-ի հետ բաժին հանի, նշանակեք այս տնակն:

60 Ինձ օգնել է (սովեք անձի անունը) \_\_\_\_\_ երբ ես այս դիմումնագիրն էի լրացնում: Համաձայն եմ, որ վեբ-էջի տեղական գրասենյակը իհարկին նրանց տեղեկություն տա այս դիմումնագրի գոյավիճակի մասին: **Դիմորդից խնդրվում է իր անվան սկզբնատառերը** \_\_\_\_\_

**ՀԱՏՎԱԾ 9** Ստորագրություն և Վկայություն

61 Կալիֆորնիա Նահանգի օրենքներով նախատեսված՝ սուտ վկայության համար պատժի սպառնալիքի տակ հայտարարում եմ, որ այս դիմումնագրում իմ տված պատասխանները և իմ ներկայացրած փաստաթղթերը ճշմարիտ են և ճշգրիտ որքան ես հավատացած եմ:

Հայտարարում եմ, որ կարդացել եմ և հասկանում եմ դիմումնագրի ցուցմունքները, հայտարարությունները և այս դիմումնագրում տպագրված բոլոր տեղեկությունները:

\_\_\_\_\_  
Ստորագրություն Թվական

\_\_\_\_\_  
Վկայի Ստորագրություն (Եթե անձն ստորագրել է նշանով) Թվական

Դիմորդին դիմումնագիրը լցնելուց օգնած անձի ստորագրություն Հեռախոսահամար Դիմորդի հետ կապը Թվական

Դիմորդին/Նպաստավորվողին ի դիմաց գործող անձի ստորագրություն Հեռախոսահամար Դիմորդի հետ կապը Թվական

**Հետևյալ ծրագրերից ցանկացածի մասին տեղեկության համար՝ նշեք ներքևի բառակուսիները) և տեղեկությունը կուղարկվի ձեզ: Այցելեք մեր կայք էջը, [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)**

Անձնական Խնամքի Ծառայության Ծրագիր (Personal Care Service Program/PCSP): Տան մեջ խնամք ընձառող ծրագիր:

Նորածինների և Մայրերի Համար Մուտքի Հնարավորություն (Access for Infants, and Mothers/AIM): Ծրագիր, որը համեստ եկամտով հղի կանանց օգնում է ստանալ առողջապահական խնամք:

Կնոջ, Նորածինների և Երեխաների Սննդի Ծրագիր (Woman, Infants and Children Nutrition Program/WIC): Սննդի ծրագիր՝ հղի և ծննդաբերած կանանց և 5-ից նվազ տարիք ունեցող երեխաների համար:

Ընտանիքի Ծրագրավորում (Family Planning):

Երեխաների Առողջապահական և Անաշխատունակության Կանխարգելման Ծրագիր [Child Health and Disability Prevention (CHDP) program]: Երեխայի և երիտասարդների Կանխարգելման Առողջապահական խնամք:

Արդյոք ուզո՞ւմ եք, որ ձեր երեխաններն կամ երիտասարդն հղվեն CHDP ծրագրին՝ վերահսկողության համար:  Այո  Ոչ