



City of
Hope®



ԿՃԱՐԿՈՐ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԱՐՁԱԿՈՒՐԴ

ԿՃԱՐԿՈՐ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԱՐՁԱԿՈՒՐԴԻ ՀԱՄԱՐ ԴԻՄԵՆՈՒ ՄԱՆՐԱՄԱՍՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ (PFL)

ԱՇԽԱՏԱԿԻՑՆԵՐԻ ՉԱՐԱՑՄԱՆ ԲԱԺԻՆ

Այս ուղեցույցը նախատեսված է ներկայացված թեմաների վերաբերյալ ընդհանուր տեղեկատվություն տրամադրելու համար: Այն տրամադրված է այն ըմբռնումով, որ City of Hope-ը չի տրամադրում որևէ իրավաբանական կամ մասնագիտական խորհրդատվություն իր հրապարակման կամ տարածման միջոցով: City of Hope-ը որևէ առնչություն կամ կապ չունի նշված գործակալությունների հետ: City of Hope-ը պատասխանատվություն չի կրում երրորդ կողմի կայքերից կամ նյութերից ստացված տեղեկությունների ճշգրտության կամ նման երրորդ կողմի բովանդակության առկայության համար: City of Hope-ը չի վերահսկում, հաստատում, հովանավորում, խորհուրդ տալիս կամ այլ կերպ չի կրում պատասխանատվություն նման երրորդ կողմի բովանդակության համար: Երրորդ կողմի բովանդակության օգտագործման ռիսկերը կրում է օգտագործողը:

Այս ուղեցույցում նշված նպաստների համար իրավասության պահանջները և դիմումի գործընթացը կրկնօրինակված է Կալիֆորնիայի Աշխատակիցների զարգացման բաժնի (EDD) վերջին իրապարակումներից:

City of Hope-ը պատասխանատու չէ և չի մասնակցում EDD-ի հայտերի որոշումների կայացմանը:

City of Hope-ը հատուկ դեր ունի բժշկների/պրակտիկ մասնագետների վկայագրման մեջ: Բոլոր ձևերը ուղարկվում են Բժշկական արձանագրությունների կամ բուժաշխատողների թիմին՝ լրացնելու համար:

Հատուկ հայցերի կամ Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի գործընթացների վերաբերյալ հարցերի համար զանգահարեք EDD-ի Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի ծրագիր հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (877) 238-4373 կամ այցելեք edd.ca.gov/Disability/PFL_Claim_Process.htm

ԻՆՉ Է ԻՐԵՆԻՑ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆՈՒՄ ՎՃԱՐՎՈՂ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԱՐՁԱԿՈՒՐԴ:

Վճարվող ընտանեկան արձակուրդը (PFL)՝ ֆինանսական նպաստ է, որը տրամադրվում է Կալիֆորնիայի Նահանգի միջոցով, որով տրամադրվում է մինչև ութ շաբաթ մասնակի վարձատրություն այն աշխատակիցների համար, ովքեր աշխատանքից դուրս են գալիս ծանր հիվանդ ընտանիքի անդամին (երեխային, ծնողին, սկեսրդը, պապին, թոռանը, քրոջը կամ եղբորը, ամուսնուն կամ գրանցված զուգընկերոջը) խնամելու համար:

PFL-ն ձեզ տալիս է ձեր կորցրած աշխատավարձի մինչև 60-75%-ը 12 ամսվա ընթացքում առավելագույն ութ շաբաթվա նպաստի չափով: Դա ձեզ չի տրամադրում աշխատանքի պաշտպանության կամ աշխատանքի վերադառնալու իրավունք: Ձեր աշխատանքը կարող է պաշտպանված լինել այլ դաշնային կամ պետական օրենքներով, ինչպիսիք են Ընտանեկան և Բժշկական արձակուրդի մասին օրենքը:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք dol.gov/whd/fmla կայքը:

ԿԱՐԱՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ. ԴԻՄԵԼԼՈՒՑ ԱՌԱՋ ԱՆՐԱՃԺԵՇՏ ԵՆ ԲՈԼՈՐ ԱՆՐԱՃԺԵՇՏ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԸ

Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի համար դիմելու համար դուք պետք է տրամադրեք հետևյալ տեղեկությունները.

- Անուն և ազգանուն
- Սոցապահության քարտի համարը
- Ամենավերջին գործատուի բիզնես անվանումը, հեռախոսահամարը և փոստային հասցեն (ինչպես նշված է ձեր W-2 ձևի կամ աշխատավարձի անդորրագրի վրա)

Տրամադրել ստորև ներկայացված տեղեկությունները ՄԻԱՅՆ, եթե դա կիրառելի է ձեզ.

- Ցանկացած աշխատավարձ, որը դուք ստացել եք կամ ակնկալում եք ձեր գործատուից (արձակուրդի հիվանդության պատճառով, վճարվող արձակուրդ, արձակուրդային վճար, տարեկան արձակուրդ և այլն) վճարները, որոնք դուք ստացել եք աշխատանքը դադարեցնելուց հետո)
- Ցանկացած տեղեկություն, որը վերաբերում է աշխատողների հատուցման պահանջագրին

ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅԱՆՋՆԵՐԸ

Դուք պետք է.

- Ի վիճակի չլինեք հաճախել գործի, քանզի խնամում եք լուրջ հիվանդությամբ տառապող ընտանիքի անդամին (ով հայտնի է որպես «խնամք ստացող»):
- Աշխատանք ունենաք կամ ակտիվ կերպով աշխատանք փնտրեք ձեր ընտանեկան արձակուրդի մեկնարկի պահին:
- Եթե աշխատեիք, ապա կկորցնեիք աշխատավարձը, քանզի խնամում էիք լուրջ հիվանդությամբ տառապող ընտանիքի անդամին:
- Ստացել եք առնվազն 300 ԱՄՆ դոլար պետական հաշմանդամների ապահովագրության պահումներից, որոնք պահվել էին Նախորդ ժամանակահատվածում (ձեր աշխատավարձի անդորագրի վրա փնտրեք «CASDI»):
- Լրացրեք հայտը ձեր ընտանեկան արձակուրդի մեկնարկից **41 օրվա ընթացքում**, այլապես դուք կարող եք կորցնել նպաստ ստանալու հնարավորությունը:

Եթե խնամում եք լուրջ հիվանդությունից տառապող ընտանիքի անդամին, ապա դուք պետք է բավարարեք հետևյալ լրացուցիչ պահանջները.

- Խնամք ստացողը պետք է լինի ձեր երեխան, ծնողը, ամուսինը, գրանցված զուգընկերը, պապը/տատը, թոռը, քույրը կամ եղբայրը կամ սկեսրարը/սկեսուրը:
- Ձեր կողմից նպաստ ստանալու ողջ ընթացքում, խնամք ստացողը (լուրջ հիվանդությամբ տառապող ընտանիքի անդամը) պետք է գտնվի շարունակական բուժման ստացման փուլում կամ լիցենզավորված բժշկի կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցող հիմնարկի վերահսկողության ներքո:

ԴՌԷ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԴԻՄԵԼ ԵՐԿՈՒ ԶԱՌՎ. ԱՌՑԱՆՑ Ա ԹՂԹԱՅԻՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿՈՎ

PFL դիմումի համար գոյություն ունի երկու տարբերակ՝ առցանց կամ փոստի միջոցով թղթային տարբերակի ուղարկումով: Դիտեք տեսանյութում ներկայացված ցուցումները, թե ինչպես դիմել PFL-ի համար և ինչպես լրացնել առցանց դիմումը՝ edd.ca.gov/Disability/SDI_Online_Tutorials.htm:

ՍԵՂՄԵՔ.

«Ինչպես ներկայացնել Վճարվող Ընտանեկան արձակուրդի հայտը, օգտվելով SDI առցանց եղանակով» (անգլերեն) (YouTube)
«Ինչպես ներկայացնել Վճարվող Ընտանեկան արձակուրդի հայտը, օգտվելով SDI առցանց եղանակով» (իսպաներեն) (YouTube)
«Ինչպես ներկայացնել Վճարվող Ընտանեկան արձակուրդի հայտը փոստային առաքանու միջոցով» (անգլերեն) (YouTube)
«Ինչպես ներկայացնել Վճարվող Ընտանեկան արձակուրդի հայտը փոստային առաքանու միջոցով» (իսպաներեն) (YouTube)



ԴԻՄԵԼ PFL-Ի ԱՌՑԱՆՑ

PFL հայտի ներկայացման ամենաարագ և ոլորին տարբերակը առցանց եղանակն է Հաշմանդամների պետական ապահովագրության Աշխատակիցների զարգացման բաժնի (EDD) կայքի միջոցով:

ՔԱՅԼ 1 Ստեղծեք SDI առցանցի հաշիվ հետևյալ էջում՝ edd.ca.gov/Benefit_Programs_Online.htm:

Եթե առաջին անգամ եք օգտվում, պետք է «Գրանցվեք»: Եթե դուք նախկինում արդեն դիմել եք նպաստների (ներառյալ Գործազրկության, Հաշմանդամության պետական ապահովագրման կամ Ընտանեկան վճարովի արձակուրդի) համար, ուրեմն արդեն ունեք ընթացիկ հաշիվ:

ՔԱՅԼ 2 Մուտք գործեք ձեր SDI-ի հաշիվ և ընտրեք «Ներկայացնել նոր հայտ»:

ՔԱՅԼ 3 Ընտրեք «Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի խնամակալության համար» տարբերակը և հետևեք ձևը լրացնելու հրահանգներին:

- ☐ Ընտրեք «Ուղարկել» առցանց լրացված SDI-ի Մաս A-ը «Դիմողի հայտարարությունը» EDD ուղարկելու համար:

ՔԱՅԼ 4 Հաստատման էջից ձեր մոտ անայայնման նշեք հայտի ընդունման համարը:

(Ձևաթղթի ստացականի համարի հղումը սեղմելու դեպքում ավտոմատ կերպով կբացվի տպելու համար նախատեսված PDF տարբերակը): Խնդրում ենք անդորրագրի համարը տալ խնամքը ստացողի (հիվանդի) City of Hope-ի բժշկին կամ պրակտիկ մասնագետին:

ՔԱՅԼ 5 Պահանջվում են լրացուցիչ փաստաթղթեր

Հայտը ամբողջացնելու համար դուք պետք է ներկայացնեք նաև այդ փաստաթղթերը: Նշումներ. Կարող է պահանջվել որոշ փաստաթղթեր ուղարկել ԱՄՆ փոստային ծառայության միջոցով:

Հաստատման էջից ներբեռնեք և տպեք այս ձևաթղթերը և հանձնեք հաստատման էջի միջոցով Բժշկական արձանագրությունների բաժնի [Duarte] կամ ձեր բուժաշխատողների խմբին համայնքի պրակտիկ վայրերում:

- ☐ Խնամքը ստացողի անձնական առողջապահական տեղեկությունների բացահայտման թույլտվություն, որը ստորագրված է անձի խնամքը ստացողի կամ նրա լիազոր ներկայացուցչի կողմից:
- ☐ Մաս C – Խնամք ստացողի հայտարարությունը, ստորագրված անձամբ խնամք ստացողի կամ լիազորված ներկայացուցչի կողմից
- ☐ Մաս D — Բժշկի/պրակտիկ մասնագետի վկայագրումը, որ Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի նպաստի հայտը form (DE 2501F) լրացվել և ստորագրվել է խնամք ստացողի բժշկի կամ առողջապահական ծառայությունների մատուցողի կողմից

ՔԱՅԼ 6

Duarte Campus-ի հիվանդներ. Դիմումը կարող եք ներկայացնել առձեռն Բժշկական արձանագրությունների գրասենյակ (Հիմնական բժշկական շենք՝ ընդունարանի մոտ), Էլիոստի միջոցով հետևյալ հասցեով՝ **DL-HIMSMedicalForms@coh.org**, կամ ՖԱԶՍՈՎ՝ 626-218-0677: City of Hope-ի բժշկական արձանագրությունների բաժինը կփոխանցի տեղեկությունները City of Hope-ի բժշկին՝ լրացման համար:

Համայնքի պրակտիկ վայրի հիվանդներ. Ներկայացրեք ձեր առողջապահական խմբին ձեր այցելած City of Hope-ի կետում:

Հայցը հաստատող էջի հետ ներկայացրեք նաև հետևյալ տեղեկությունները.

- | | |
|--|---|
| ☐ Ձեր անուն, ազգանունը | ☐ Խնամք ստացողի ծննդյան ամսաթիվը |
| ☐ Ձևաթղթի ընդունման համարը.
_____ | ☐ Խնամքը ստացողի սոցիալական ապահովման համարը |
| ☐ Խնամք ստացողի անուն/ազգանունը | ☐ Բժշկի անունը, ում պետք է ուղարկվեն բոլոր փաստաթղթերը |
| ☐ Խնամքը ստացողի Բժշկական արձանագրության համարը (MRN) | |

Դիմումը դիտարկվելու է մինչև 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում: Դուք PFL-ից հաստատող էլ. փոստ կստանաք, երբ բժշկի տեղեկանքը լրացված լինի:

Եթե 10 օրվա ընթացքում ոչինչ չեք ստացել PFL-ից կամ ունեք հարցեր, ապա կարող եք կապվել EDD Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի ծրագրի հետ 877-238-4373 հեռախոսահամարով:

ԿԱՐԵՎՈՐ Է

Միշտ հիշեք, որ.

- ☐ Դուք եք կրում բժշկից կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցողից լրացված և ստորագրված ձևաթուղթը ստանալու համար և այն ձեր ընտանեկան արձակուրդի մեկնարկից **41 օրվա ընթացքում** EDD ուղարկելու համար, այլապես դուք կգրկվեք նպաստներից:
- ☐ Ձեր հայտը չի դիտարկվի այնքան ժամանակ, քանի դեռ չեն ստացվել դիմումի բոլոր պահանջվող բաժինները (ինչպես բացատրվել է նախորդ քայլերում): EDD-ն կկապվի ձեզ հետ, կապված ձեր հայտի կարգավիճակի հետ: Պարբերաբար ստուգեք ձեր առցանց SDI մուտքային փոստարկղը տեսնելու համար արդյոք ստացվել են ծանուցումներ EDD-ից:
- ☐ Ձեր գործատուն կտեղեկացվի, որ դուք ներկայացրել եք PFL հայտ: Բժշկական բնույթի տեղեկությունները գաղտնի են և այն չի հայտնվի ձեր գործատուին:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, այցելեք «Երբ արդեն հայտ ես ներկայացրել PFL-ի համար» բաժինը. Հայտերի դիտարկում՝ edd.ca.gov/Disability/Claim_Processing_for_PFL.htm:



ԴԻՄԵԼ PFL-Ի ՀԱՄԱՐ ՓՈՍՏԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

Փոստի միջոցով PFL հայտ ներկայացնելու համար լրացրեք և ուղարկեք *Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի Նպաստի հայտը* (DE 2501F) ձևաթուղթը:

ՔԱՅԼ 1 Ստացեք հայտի թղթային տարբերակը

Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի Նպաստի հայտը ձևաթղթի (DE 2501F) թղթային տարբերակը ձեռք բերելու համար գոյություն ունեն մի քանի եղանակներ:

- ❑ Այցելեք առցանց ձևաթղթեր և հրապարակումներ հետևյալ հասցեով՝ forms.edd.ca.gov/forms և պատվիրեք ձև **DE 2501F**-ը: Ձևաթուղթը ձեզ կուղարկվի փոստով:
- ❑ Դուք կարող եք ստանալ այդ ձևաթուղթը ձեր բժշկից կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցողից կամ ձեր գործատուի կադրերի բաժնից:
- ❑ Այցելեք EDD գրասենյակ: Գրասենյակի գտնվելու վայրերը կարող եք գտնել հետևյալ կայքում՝ edd.ca.gov/Disability/Contact_SDI.htm:
- ❑ Կապվեք EDD Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի ծրագրի հետ 877-238-4373 հեռախոսահամարով:

ՔԱՅԼ 2 Լրացրեք Նպաստ ստանալու հայտ ձևաթուղթը (DE2501F)

- ❑ Լրացրեք **DE 2501F (Էջ 1) ձևաթղթի Մաս A** Հայտատուի հայտարարությունը: Տեղեկությունները հարկավոր է հստակ գրել դրա համար նախատեսված հատվածներում, օգտագործել միայն սև գույնի գրիչ և ստորագրեք ձևաթուղթը:
- ❑ Խնամք ստացողին կամ նրա լիազոր ներկայացուցչին խնդրեք լրացնել և ստորագրել **խնամք ստացողի համաձայնությունը առողջությանը վերաբերող անձնական տվյալների բացահայտման վերաբերյալ ձևաթուղթը և Մաս C — Խնամք ստացողի հայտարարությունը** ձևաթուղթը:
- ❑ Ձեզ պետք է նաև **Մաս D - Բժշկի/պրակտիկ մասնագետի վկայագրումը**, որ *Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի Նպաստի հայտը* (DE 2501F) լրացվել և ստորագրվել է խնամք ստացողի բժշկի կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցողի կողմից:
- ❑ Դուք կարող եք խնդրել խնամք ստացողի City of Hope-ի բժշկին կամ պրակտիկ մասնագետին՝ լրացնելու Մաս D **Duarte Campus-ի** հիվանդներ ձևը. Դիմումները կարող եք ներկայացնել առձեռն **Բժշկական արձանագրությունների գրասենյակ (Հիմնական բժշկական շենք՝ ընդունարանի մոտ)**, Էլփոստի միջոցով հետևյալ հասցեով՝ DL-HIMSMedicalForms@coh.org, կամ **ՖԱԶՍՈՎ՝ 626-218-0677**:

Համայնքի պրակտիկ վայրի հիվանդների համար. Ներկայացրեք ձեր առողջապահական խմբին՝ City of Hope-ի այն կետում, որտեղ ստանում եք խնամքը:

City of Hope-ը փոստով կուղարկի լրացված դիմումը EDD-ին և ձեզ:

Դիմումը City of Hope-ում դիտարկվելու է մինչև 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Բուժող բժիշկը կարող է ներկայացնել հավաստագիրը, օգտվելով առցանց SDI-ից կամ նրանք կարող են լրացնել և ստորագրել թղթային տարբերակը:

Դուք եք կրում բժշկից լրացված և ստորագրված ձևաթուղթը ստանալու համար և այն ձեր ընտանեկան արձակուրդի մեկնարկից **41 օրվա ընթացքում** EDD ուղարկելու համար, այլապես դուք կգրկվեք Նպաստներից:

Բժիշկների/պրակտիկ մասնագետների վկայագրման կարգավիճակի վերաբերյալ հարցերը (բժշկի/բուժճառայություններ տրամադրողի ձևը) կարող եք ուղղել City of Hope-ի Բժշկական արձանագրությունների բաժին (Duarte campus) կամ ձեր բուժաշխատողների խմբին, եթե դուք City of Hope-ի համայնքի պրակտիկ վայրում բուժվող հիվանդ եք:

City of Hope-ը չի կարող պատասխանել EDD-ի հետ կապված ձեր հայտի հարցերին: Եթե հարցեր ունեք իրավասության, ձեր որոշակի հայտի կամ Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի հայտերի գործընթացի վերաբերյալ, դիմեք EDD-ին:

Եթե ցանկանում եք փոստով ուղարկել լրացված դիմումը, հետևեք այս քայլերին:

Ուղարկեք փոստով լրացված Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի նպաստի հայտի ձևաթուղթը (DE 2501F)

Հայտը ներկայացնելու համար փոստով ուղարկեք լրացված ձևի թղթային տարբերակը EDD-ին հետադարձ հասցեով ծրարով այս հասցեով:

State of California
Employment Development Department
P.O. Box 989315
West Sacramento, CA 95798-9315

ԿԱՐԵՎՈՐ Է Միշտ հիշեք, որ.

- ☐ Համոզվեք, որ ծրարի վրա առկա են բոլոր անհրաժեշտ նամականիշները:
- ☐ Ուղարկեք ձեր հայտը ձեր ընտանեկան արձակուրդի առաջին օրվա մեկնարկից ոչ շուտ, բայց ոչ ուշ, քան ձեր ընտանեկան արձակուրդի մեկնարկից 41 օրվա ընթացքում, այլապես դուք կգրկվեք նպաստներից:
- ☐ Պատշաճ կերպով լրացված դիմումը ներառում է.
 - ☐ Վճարվող ընտանեկան արձակուրդի նպաստի հայտի ձևաթղթի (DE 2501F) Մաս A - Հայտատուի հայտարարությունը
 - ☐ Ձևաթղթի Մաս C – Խնամքը ստացողի հայտարարությունը
 - ☐ Ձևաթղթի Մաս D - Բժշկի/պրակտիկ մասնագետի վկայագրումը
 - ☐ Խնամք ստացողի թույլատվությունը բացահայտելու անձնական առողջական տվյալները



ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ

SDI առցանց հայտատուին տրամադրվող ցուցումներ

— edd.ca.gov/Disability/pdf/sdi-online-tutorial-claimant.pdf

Հաճախ տրվող հարցեր

— edd.ca.gov/FAQ_-_Benefit_Programs_Online.htm

Նպաստների ծրագրերի առցանց դիտարկում և գրանցում (YouTube)

— youtu.be/OUsh6ZwLd0k

DE 2501F ձևաթուղթ

— forms.edd.ca.gov/forms

ՄՈՏԱԿԱ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿԻ ԳՏՆՎԵԼՈՒ ՎԱՅՐԵՐԸ ԱՇԽԱՏԱԿԻՑՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԲԱԺԻՆ

Եթե դուք դժվարանում եք առցանց կամ թղթային տարբերակով լրացնել ձեր հաշմանդամության կամ վճարվող ընտանեկան արձակուրդի դիմումները, ապա հնարավոր է, որ ձեզ պետք կլինի EDD-ի մոտակայքում գտնվող գրասենյակների հասցեները, որոնք ներկայացված են ստորև:

LA Works One-Stop Career Center

5200 Irwindale Ave.
Irwindale, CA 91706
Երկուշաբթի, հինգշաբթի և ուրբաթ, ժ. 8:00 - 17:00
Երեքշաբթի և չորեքշաբթի, ժ. 8:00 - 19:00
առաջին և երրորդ շաբաթ օրը, ժ. 9:00-ից մինչև կեսօր
(626) 960-3964

Inglewood South Bay One Stop Business and Career Center

110 South La Brea Ave., 5th Floor
Inglewood, CA 90301
Երկուշաբթիից հինգշաբթի, ժ. 8:00 - 18:00
ուրբաթ, ժ. 8:00 - 17:00: (Փակ է այլընտրանքային ուրբաթ օրերը)
(310) 680-3700

Hub Cities One-Stop Career Center

2677 Zoe Ave., 1st Floor
Huntington Park, CA 90255
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 8:30 - 17:00
(323) 586-4700

Verdugo Jobs Center

1255 South Central Ave.
Glendale, CA 91204
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 8:30 - 17:00
(818) 409-0476

LA South/Compton Workforce Service Office

2909 East Pacific Commerce Drive
Compton, CA 90221
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 7:00 - 18:00
(310) 223-2901

Cerritos Career Center

10900 E 183rd St., Suite 350
Cerritos, CA 90703
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 8:00 - 17:00
(562) 402-9336

Chino Hills

15315 Fairfield Ranch Road, Suite 100
Chino Hills, CA 91709
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 8:00 - 17:00
(800) 480-3287

Long Beach

4300 Long Beach Blvd., Suite 600
Long Beach, CA 90807-2011
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 8:00 - 17:00
(800) 480-3287

Los Angeles

888 South Figueroa St., Suite 200
Los Angeles, CA 90017-5449
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 8:00 - 17:00
(800) 480-3287

San Bernardino

371 West 3rd St.
San Bernardino, CA 92401
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 8:00 - 17:00
(800) 480-3287

Santa Ana

2 MacArthur Place, Suite 400
Santa Ana, CA 92707
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 8:00 - 17:00
(800) 480-3287

Van Nuys

15400 Sherman Way, Room 500
Van Nuys, CA 91406
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 8:00 - 17:00
(800) 480-3287

Նպաստների վերաբերյալ խորհրդատվության հետ կապված իրավական հարցերի և ռեսուրսների և ապահովագրման ու զբաղվածության հետ կապված այլ մտահոգությունների դեպքում կապվեք Քաղցկեղի իրավաբանական ռեսուրսների կենտրոն հետևյալ հասցեով CancerLegalResourceCenter.org կամ զանգահարեք 866-THE-CLRC կամ 866-843-2572 հեռախոսահամարներով:

City of Hope-ը չի կարող իրավական խորհրդատվություն տրամադրել:

Աղբյուր(ներ)ը.

Աշխատակիցների զարգացման բաժին (EDD): Կալիֆոռնիայի նահանգ:

Հասանելի է այստեղ՝ https://www.edd.ca.gov/Disability/paid_family_leave.htm

Հիվանդի, ընտանիքի և համայնքի տեղեկատվություն

Օժանդակ բուժօգնության բաժանմունք

2020



CityofHope.org

ՄԱՅԻՍ, 2020 թ.