



Օգնում ենք ձեռնարկատերերին և նրանց, ովքեր ինքնազբաղված են, լինել այնտեղ կարևոր պահերին:



| | |
|-------------------|----------------|
| Անզեղներն | 1-877-238-4373 |
| Իսպաներեն | 1-877-379-3819 |
| Կանտոններեն | 1-866-692-5595 |
| Վիետնամերեն | 1-866-692-5596 |
| Հայերեն | 1-866-627-1567 |
| Փենջաբերեն | 1-866-627-1568 |
| Տազալերեն | 1-866-627-1569 |
| TTY | 1-800-445-1312 |

DI-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար
զանգահարեք 1-800-480-3287 հեռախոսահամարով:
PFL-ի մասին տեղեկությունների համար զանգահարեք
1-877-238-4373 հեռախոսահամարով:

Դուք կարող եք նաև այցելել PFL կամ
հաշմանդամության ապահովագրության (Disability
Insurance, DI) գրասենյակ՝ հայցի ձևաթղթերը
ստանալու, տեղեկատվություն ստանալու կամ
ներկայացուցչի հետ խոսելու համար: Գտեք Ձեր
մոտ գտնվող Գտեք Ձեր մոտ գտնվող [State Disability
Insurance Office](http://edd.ca.gov/Disability/Contact_SDI.htm) (edd.ca.gov/Disability/Contact_SDI.htm)

EDD-ը հավասար հնարավորությունների գործատու/
ծրագիր է: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց
խնդրանքով տրամադրվում են օժանդակ օգնություն և
ճառայություններ: Ճառայությունների, օժանդակ միջոցների
և/կամ այլընտրանքային ձևաչափերի հարցումները
պետք է կատարվեն՝ զանգահարելով 1-866-490-8879
հեռախոսահամարով: TTY օգտվողներ, խնդրում ենք
զանգահարել Կալիֆորնիայի Փոխանցման ծառայություն 711
հեռախոսահամարով:

Այս բրոշյուրը միայն ընդհանուր տեղեկատվության համար
է և չունի օրենքի, կանոնների և կանոնակարգերի ուժ և
ազդեցություն:



Հաշմանդամություն Ապահովագրություն Ընտրովի ծածկույթ

Անվտանգության ցանց բիզնեսի
սեփականատերերի կամ ինքնազբաղված և
անկախ կապալառուների համար



Ֆինանսական անվտանգության ցանց

Մենք առաջարկում ենք կամրանտի [Disability Insurance Elective Coverage \(edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Disability_Insurance_Elective_Coverage.htm\)](http://Disability Insurance Elective Coverage (edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Disability_Insurance_Elective_Coverage.htm) ծրագիր այն մարդկանց համար, ովքեր չեն վճարում Նահանգային հաշմանդամության ապահովագրություն (State Disability Insurance, SDI), բայց ցանկանում են ապահովագրվել հաշմանդամության ապահովագրությամբ (DI) և Ընտանեկան հանգամանքներով պայմանավորված վճարովի արձակուրդով (Paid Family Leave, PFL): Յուրաքանչյուր ոք, ով ստանում է իր եկամտի մեծ մասը ինքնազբաղվածությունից կամ բիզնեսից, կարող է ընտրել DIEC-ի ապահովագրությունը:

DIEC-ը պաշտպանում է փոքր բիզնեսի սեփականատերերին, ձեռնարկատերերին, անկախ կապալառուներին կամ ինքնազբաղված մարդկանց, որոնք կազմում են Կալիֆորնիայում բիզնես վարող ընկերությունների մեծամասնությունը:



Որո՞նք են իմ DIEC-ի նպաստները:

- Պաշտպանություն վնասվածքի, հղիության կամ հիվանդության պատճառով եկամտի կորստից, անկախ նրանից, թե դա կապված է աշխատանքի հետ, թե ոչ:
- Մինչև 39 շաբաթ տևողությամբ նպաստներ Ձեր սեփական հաշմանդամության համար:
- Ավտոմատ ծածկույթ PFL-ում, որը տրամադրում է մինչև ութ շաբաթ նպաստներ ընտանիքի ծանր հիվանդ անդամին խնամելու, նոր երեխայի հետ մտերմանալու կամ որակավորման զինվորական իրադարձությանը մասնակցելու համար:

Ձեզ վճարված գումարը հիմնված է ներքին եկամտների ծառայության (Internal Revenue Service, IRS) ձևաթուղթ 1040-ի Ձեր պատասխանների վրա (Հավելված SE կամ Հավելված C):

Ավելին իմանալու համար այցելեք [Benefits and Premium Amounts \(edd.ca.gov/disability/Self-Employed_Benefit_Amounts.htm\)](http://Benefits and Premium Amounts (edd.ca.gov/disability/Self-Employed_Benefit_Amounts.htm):

DI-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-800-480-3287 հեռախոսահամարով:

PFL-ի մասին տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-877-238-4373 հեռախոսահամարով:

Եթե Ձեր իրավասության հետ կապված հարցեր ունեք, զանգահարեք DIEC Հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին 1-916-654-6288 հեռախոսահամարով:

Եթե ցանկանում եք դիմում, ներբեռնեք կամ պատվիրեք Forms and Publications-ի (Ձևաթղթեր և հրապարակումներ) (edd.ca.gov/forms) միջոցով կամ զանգահարեք 1-916-554-7104:

Ես իրավասու՞ եմ DIEC-ի համար:

DIEC-ին մասնակցելու համար Դուք պետք է բավարարեք հետևյալ պահանջները.

- Ունենաք Ձեր սեփական բիզնեսը, լինեք ինքնազբաղված կամ աշխատեք որպես անկախ կապալառու:
- Ունենաք տարեկան \$4,600 գումար նվազագույն զուտ շահույթ:
- Ունենաք վավեր լիցենզիա, եթե դա պահանջվում է ձեր զբաղվածությամբ:
- Կարողանաք կատարել Ձեր բոլոր սովորական պարտականությունները լրիվ դրույքով Ձեր դիմումը ներկայացնելու պահին:
- Ստանաք Ձեր եկամտի հիմնական մասը Ձեր առևտրից, բիզնեսից կամ անկախ կապալառուի աշխատանքից:
- Ձեր բիզնեսը չի կարող սեզոնային լինել:
- Դուք պետք է մնաք ծրագրում երկու ամբողջական օրացուցային տարի, եթե չդադարեցնեք Ձեր բիզնեսը կամ չտեղափոխվեք Կալիֆորնիայից:

Ավելին իմանալու համար այցելեք [Eligibility Requirements for Disability Insurance Elective Coverage \(edd.ca.gov/Disability/Self-Employed_Eligibility.htm\)](http://Eligibility Requirements for Disability Insurance Elective Coverage (edd.ca.gov/Disability/Self-Employed_Eligibility.htm):

