Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

Solicitud de Exención del Programa de Trabajo ABAWD

Para personas entre los 18 y 49 años

Entregue este formulario al DTA
- Por correo: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406,Taunton, MA 02780-0420
- Por fax: (617) 887-8765
- En persona a su oficina local del DTA

Las reglas del SNAP dicen que usted está limitado a 3 meses de beneficios del SNAP a menos que trabaje, sea voluntario o participe en ciertos programas de empleo y capacitación. Esta regla no se aplica a todos los clientes. Use este formulario para informarnos sobre su situación para que podamos determinar si está exento o si ya cumple con los requisitos del programa de trabajo. Entregue el formulario completado y cualquier verificación al DTA. Si desea hacer preguntas o necesita ayuda, llame al DTA a (877) 382-2363.

Sección 1: Información sobre el cliente

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ ID de la Agencia o últimos 4 números de SS: _____

Sección 2: Marque todo lo que le corresponda y entréguenos la información solicitada.

☐ Estoy trabajando al menos 20 horas por semana en promedio, incluyendo empleo por cuenta propia**.**

Entréguenos una de estas verificaciones:
- talonarios de pago de las últimas 4 semanas
- una carta firmada y fechada con el membrete del empleador con las horas semanales anticipadas y el pago por hora
- prueba de empleo por cuenta propia.

☐ Soy incapaz física o mentalmente de trabajar 20 horas por semana.

Necesita entregarnos un formulario completo de Informe Médico como Requisito del Programa de Trabajo ABAWD del SNAP o una carta de un proveedor médico o de salud mental que declare que usted no es capaz de trabajar 20 horas por semana.

☐ Estoy en un programa de tratamiento por abuso de sustancias.

Nombre del programa: _____
Necesita entregarnos un formulario completo de Informe Médico como Requisito del Programa de Trabajo ABAWD o un documento que muestre su participación en el programa de tratamiento.

Vea el reverso

☐ Vivo con un niño menor de 18 años. (Este puede ser su propio hijo/a o hermano/a, o el hijo/a de otra familia con la que viva.)

Nombre y edad del niño/a:
_____

☐ Estoy embarazada (cualquier etapa del embarazo). Su fecha de parto (si la conoce):
_____

☐ Cuido a una persona con una discapacidad. (La persona no necesita vivir con usted.)

Nombre de la persona que cuida_____
Lo que hace por esta persona:
_____
_____

☐ Estoy en un programa de capacitación laboral.

Nombre del programa: _____
Horas que asiste al programa por semana: _____
Entréguenos un documento que muestre su participación en el programa de capacitación laboral.

☐ Voy a la escuela al menos la mitad del tiempo.

Nombre de la escuela: _____
Entréguenos un documento que confirme que asiste a su programa al menos la mitad del tiempo.

☐ Estoy recibiendo beneficios de Desempleo o he solicitado beneficios de Desempleo.

☐ Recibo beneficios por discapacidad de una fuente privada o del gobierno.
Los beneficios privados incluyen pensiones, Compensación para Trabajadores y seguro por discapacidad. Los beneficios por discapacidad del gobierno incluyen Seguro Social, SSI, Veteranos, MassHealth como discapacitado y EAEDC.

¿Qué beneficio obtiene? _____

☐ Hago trabajo como voluntario o trabajo de "servicio comunitario".
Entréguenos una carta del lugar donde trabaja como voluntario. La carta debe incluir:
- el número de teléfono y la dirección donde trabaja como voluntario
- el número de horas (en promedio) que trabaja como voluntario por mes
- la firma de alguien del personal y la fecha.

Sección 3: Firma del cliente

Firma _____Fecha _____