



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 en su oficina local del DTA

**Solicitud de Exención para el Programa
De Trabajo ABAWD Suplementario**
Para personas sin hogar entre los 18 y 49 años de edad

Debido a que usted es una persona sin hogar fijo, usted podría cumplir con los requisitos de excepción del Programa de Trabajo del ABAWD. Use este formulario para informarnos sobre su situación y de esta manera nosotros podremos determinar su estatus. Complete y entregue este formulario al DTA. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, llame al DTA al (877) 382-2363.

Sección 1: Información del Cliente

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ ID de la Agencia o los últimos 4 dígitos del NSS: _____

Sección 2: A continuación, en cada pregunta, marque el casillero que corresponda a su respuesta.

1) ¿Tiene usted una residencia estable para pasar la noche?

Sí No Prefiero no contestar

2) ¿Tiene usted un diploma de la escuela superior o su equivalente (GED o HiSet)?

Sí No Prefiero no contestar

3) ¿Durante los últimos 3 años, ¿Ha tenido usted empleo continuo por un mínimo de 6 meses o ha sido estudiante a tiempo completo por un mínimo de 6 meses?

Sí No Prefiero no contestar

4) ¿Tiene usted acceso regular a cuidados de salud que necesite, tales como cuidado dental, psiquiátrico o tratamiento para una enfermedad que requiere cuidado continuo?

Sí No Prefiero no contestar

5) ¿Ha estado usted hospitalizado/a durante los últimos 6 meses?

Sí No Prefiero no contestar

Sección 3: Firma

Firma _____ Fecha _____