



Massachusetts Department of Transitional Assistance
Supplemental Nutrition Assistance Program

ABAWD Training Program Information Request

Entregue este formulario a DTA:

- Súbalo a DTA Connect
- Envíelo por fax al 617-887-8765
- Envíelo por correo a DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780
- Escanéelo en una oficina local del DTA

Parte 1: Para ser completado por el Cliente/Participante

Nombre _____

Dirección _____

Autorización del cliente/participante

Por la presente autorizo la divulgación de información sobre el programa de capacitación/educación solicitada por el Department of Transitional Assistance.

Firma _____ Fecha ____/____/____

ID de la Agencia o 4 últimos dígitos del SSN: _____

Una forma de cumplir las reglas de Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) es participar en determinados programas de capacitación o educación 20 horas a la semana.

Las personas que participan en determinados programas de inserción laboral para refugiados están exentas de las reglas de trabajo. Las personas exentas no tienen que cumplir con las reglas de trabajo.

Si **participa** en un programa que puede eximirlo(a) de cumplir las reglas de trabajo, pida al personal del programa al que asiste que complete la parte 2 de este formulario.

No utilice este formulario para verificar la inscripción en la escuela secundaria o en la universidad. Si eres estudiante de secundaria o universidad, llama al DTA al 877-382-2363 para averiguar cómo verificar tu condición de estudiante.

Vea reverso

Part 2: To be completed by the Education/Training program staff

I hereby certify that _____ is a current participant in:

Program Name: _____

Agency Name/Address: _____

This program is a/an: (check all that apply)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ HiSet GED program | ☐ English Language Acquisition/ESOL program | ☐ Work-based learning program (Internships, Apprenticeship, On-the-job training, etc.) |
| ☐ Adult basic education program | ☐ Vocational or technical training program | |
| ☐ Job readiness program | ☐ Job search program | ☐ Other: |

Start date: _____ **Anticipated Completion date:** _____

Number of hours per week that client participates in the program: _____

Of these hours, how many hours per week are devoted to job search/job readiness activities?

Note: To meet the ABAWD work rules, a client must participate in a total of 20 hours of allowable activity per week.

- This program is:
- ☐ A WIOA Title 1 program
 - ☐ A program under section 236 of the Trade Act of 1974
 - ☐ An employment and training program serving veterans that is offered by the Department of Labor or Veterans Affairs
 - ☐ A federally recognized refugee employability service (approved, funded, or operated by the federal Office of Refugee Resettlement)

Signature of Program Contact Person

Date

Printed Name of Program Contact Person

Telephone Number

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

No debemos discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad o edad, ni tomar represalias por actividades previas en defensa de los derechos civiles. Si cree que lo/la hemos discriminado, llame al 617-348-8555 para averiguar cómo presentar una queja.