



Massachusetts Department of Transitional Assistance
Supplemental Nutrition Assistance Program

ABAWD Work Program Participation Report

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: INFORMACIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE ABAWD

Nombre del/de la participante ABAWD:		Número de identificación de la agencia del/de la participante:		Fecha:	
Dirección postal:		Número de teléfono:			

Debe cumplir con las reglas de trabajo durante Able-Bodied Adults without Dependents (ABAWDs). Con base en la información conocida por el DTA, usted:

- no está exento(a) de cumplir las reglas de trabajo,
- no trabaja al menos 20 horas por semana, o
- no participa en una actividad de empleo/capacitación durante al menos 20 horas por semana.

Si está exento(a), trabaja o participa en una actividad de empleo/capacitación, llame al 877-382-2363 para comunicárnoslo. De lo contrario, para seguir recibiendo beneficios del SNAP, deberá trabajar como voluntario(a) en una organización pública o sin fines de lucro. Para asegurarse de que el lugar de servicio comunitario que elija cumple el requisito, o para obtener ayuda para encontrar un lugar, visite SNAPPathtoWork.org o llame a **SNAP Path to Work Line al 888-483-0255**.

Puede utilizar este formulario para demostrar que será voluntario(a) en una organización pública o sin fines de lucro. La cantidad de horas que debe trabajar como voluntario/a se determina al dividir su beneficio mensual del SNAP por el salario mínimo de Massachusetts. Ejemplo: Si recibe \$150 al mes en beneficios del SNAP y el salario mínimo del estado es de \$15, debe ofrecerse como voluntario(a) durante 10 horas al mes.

NOTA: El lugar del servicio comunitario no puede ser la oficina de campaña de un candidato a un cargo público.

Si necesita ayuda para calcular las horas que debe dedicar al voluntariado, o si cree que tiene una buena razón para no hacerlo, llame a **DTA Assistance Line al 877-382-2363**. Visite <https://www.mass.gov/info-details/work-rules-for-snap-clients> para ver una lista de exenciones o llame al 877-382-2363 si cumple con alguna. Si necesita que le expliquen las reglas de trabajo, visite www.mass.gov/snapworkrules.

Para demostrar que será voluntario(a) en una organización pública o sin fines de lucro: Solicite a un integrante del personal del centro de servicios comunitarios que **complete la sección en el reverso de esta página**.

Part 2: TO BE COMPLETED BY STAFF AT COMMUNITY SERVICE SITE

Client Name:		APID:	
Address:			

The above-named person volunteered at this organization for a total of _____ hours during the month of: _____ (month and year).

Name of Non-Profit or Public Organization

Address of Non-Profit or Public Organization

Phone Number of Non-Profit or Public Organization

Printed Name of Staff Person

Title of Staff Person

Signature of Community Service Site Staff Person

____/____/____
Date

Devuelva el formulario completado al DTA antes del:

- Presente el comprobante en línea: Ingrese a DTAConnect.com o descargue la aplicación móvil DTA Connect
- Envíelo por correo a DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
- Envíelo por fax al 617-887-8765; o
- Devuelva el formulario completado al/ a la participante en el servicio comunitario para que lo devuelva al DTA.

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.