



Massachusetts Department of Transitional Assistance

ABAWD Work Rules Exemption Request Form

De acordo com as regras SNAP, determinados indivíduos só podem receber os benefícios SNAP por 3 meses, a menos que estejam trabalhando, atuando como voluntários ou participando de programas de treinamento e formação. Use este formulário para nos informar se

_____ é isento devido a um dos motivos a seguir:

Nome do indivíduo que deve atender aos requisitos de trabalho

Em situação de rua?	☐ SIM ☐ NÃO
Serviu as forças armadas dos EUA em algum local (incluindo a Reserva)?	☐ SIM ☐ NÃO
Tem atualmente até 24 anos e estava sob acolhimento (ou sob os cuidados do Department of Children & Families (DCF) em ou após o seu 18º aniversário?	☐ SIM ☐ NÃO
Gravidez? Se sim , qual a data estimada do parto? _____	☐ SIM ☐ NÃO
Matriculado pelo menos em meio período em uma escola, programa de treinamento ou universidade? Incluindo programas de formação para refugiados, escolas técnicas ou de administração, instituições vocacionais ou comerciais, etc. Se sim , qual é o nome da escola? _____ Qual é a data estimada de graduação ou conclusão? _____	☐ SIM ☐ NÃO
Cuidando de uma criança de até 6 anos ou de um adulto dependente, mesmo que a pessoa em questão não more na mesma casa?	☐ SIM ☐ NÃO
Participando de um programa de tratamento de abuso de substâncias?	☐ SIM ☐ NÃO

Tem um problema de saúde ou uma necessidade especial que impede de trabalhar pelo menos 20 horas por semana? Pode ser uma questão mental, física, sensorial, de aprendizado, intelectual, cognitiva, de desenvolvimento, de dependência de substâncias ou em caso de vítimas de violência doméstica, assédio sexual, violência sexual ou perseguição.	☐ SIM ☐ NÃO
---	---

Ao assinar abaixo declaro, sob pena de perjúrio, que as informações são verdadeiras e corretas.	
_____ Assinatura	____/____/____ Data

Esta instituição se compromete com a igualdade de oportunidades.

O nosso compromisso é não fazer qualquer tipo de discriminação por conta de etnia, cor, nacionalidade, gênero (incluindo identidade e orientação sexual), necessidades especiais, idade ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis. Se você acredita que foi discriminado por nós, ligue para 617-348-8555 para saber como registrar uma reclamação.

Para entregar este formulário ao DTA: • Faça o upload em DTA Connect • Envie pelo correio para DTA Document Processing Center: P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780 • Envie um fax para 617-887-8765 • Digitalize em um escritório local do DTA • Ligue para a DTA Assistance Line no número 877-382-2363
--