



ABAWD Work Rules Exemption Request Form

根据 SNAP 规定，某些个人仅可享受 3 个月的 SNAP 补助金，除非他们正在参加工作、志愿服务或特定就业与培训计划。请使用本表说明

_____ 是否由于下列任一原因而符合豁免资格
必须遵守工作规定的个人姓名

目前无家可归？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
曾在美国武装部队的任一军种（包括预备役）服役？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
目前年龄不超过 24 周岁，并且在 18 周岁生日当天或之后被寄养或由 Department of Children & Families (DCF) 照护？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
怀孕 如果 是 ，预产期是哪一天？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
至少半日制就读于学校、培训计划或大学，包括难民培训计划、商业或技术学校、贸易或职业学校等。 如果 是 ，学校名称是什么？ _____ 预计何时毕业或完成学习？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
照顾 6 周岁以下儿童或残障成年人，即使此人不与您同住？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
参加物质滥用治疗计划？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

有健康问题或残障问题，导致无法每周工作至少 20 小时。例如心理、生理、感官、学习、智力、认知、发展、药物依赖等问题，或是遭受家庭暴力、性骚扰、性侵犯或跟踪的受害者。

是 否

在下方签名，即表示本人同意以上信息真实无误，如有不实，甘受伪证罪严惩。

签名

___/___/___
日期

该机构是平等机会提供者。

我们不得因种族、肤色、原国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残疾、年龄或对先前民权活动的报复行为而进行歧视。如果您认为受到我方人员歧视，请致电 617-348-8555 了解如何提出投诉。

请将本表提交给 DTA:

- 上传至 DTA Connect
- 邮寄至 DTA Document Processing Center: P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780
- 传真至 617-887-8765
- 在当地 DTA 办公室扫描
- 致电 DTA Assistance Line (877-382-2363)