



Massachusetts Department of Transitional Assistance

ABAWD Work Rules Exemption Request Form

Las reglas del SNAP establecen que determinadas personas tienen un límite de 3 meses de beneficios del SNAP a menos que trabajen, se ofrezcan como voluntarios o participen en determinados programas de empleo y capacitación. Use este formulario para indicarnos si

_____ está exento(a) debido a uno de los siguientes motivos:

Nombre de la persona que debe cumplir
las reglas de trabajo

¿No tiene vivienda?	☐ SÍ ☐ NO
¿Ha servido en alguna rama de las fuerzas armadas de EE.UU. (incluidas las Reservas)?	☐ SÍ ☐ NO
¿Tiene actualmente 24 años o menos y estaba en acogida (o al cuidado de Department of Children & Families (DCF) el día de su cumpleaños 18 o después?	☐ SÍ ☐ NO
¿Está embarazada? Si responde sí, ¿cuál es la fecha estimada de parto? _____	☐ SÍ ☐ NO
¿Está inscrito(a) al menos a media jornada en una escuela, programa de formación o universidad? Esto incluye programas de formación para refugiados, escuelas empresariales o técnicas, escuelas de comercio o formación profesional, etc. Si responde sí, ¿cuál es el nombre de la escuela? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de graduación o finalización? _____	☐ SÍ ☐ NO
¿Cuida a un niño menor de 6 años o a un adulto discapacitado, aunque la persona a la que cuida no viva en el mismo hogar?	☐ SÍ ☐ NO

¿Participa en un programa de tratamiento por consumo de sustancias?	☐ SÍ ☐ NO
¿Tiene un problema de salud o una discapacidad que le impide trabajar al menos 20 horas a la semana ? Puede ser mental, física, sensorial, de aprendizaje, intelectual, cognitiva, de desarrollo, de dependencia de sustancias o como víctima de violencia doméstica, acoso sexual, agresión sexual o acecho.	☐ SÍ ☐ NO

Al firmar a continuación, acepto bajo pena de perjurio que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta.	
_____	____/____/____
Firma	Fecha

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.

Para entregar este formulario al DTA: • Súbalo a DTA Connect • Envíelo por correo a DTA Document Processing Center: P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780 • Envíelo por fax al 617-887-8765 • Escanéelo en una oficina local del DTA • Llame a DTA Assistance Line al 877-382-2363
--