



Massachusetts Department of Transitional Assistance

ABAWD Work Rules Exemption Request Form

Quy định của SNAP nêu rằng một số cá nhân cụ thể bị giới hạn trong 3 tháng về trợ cấp SNAP trừ khi họ đang làm việc, làm tình nguyện hoặc tham gia vào một số chương trình việc làm và đào tạo cụ thể. Sử dụng biểu mẫu này để cho chúng tôi biết nếu

_____ được miễn trừ vì một trong những lý do sau:
Tên của cá nhân phải đáp ứng các quy định làm việc

Có đang trải qua tình trạng vô gia cư không?	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Có đã phục vụ trong bất kỳ nhánh nào của lực lượng vũ trang Hoa Kỳ (bao gồm cả Lực lượng Dự bị) không?	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Hiện tại 24 tuổi trở xuống và đang được nuôi dưỡng (hoặc được chăm sóc bởi Department of Children & Families (DCF) vào hoặc sau sinh nhật lần thứ 18 của họ?	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Có đang mang thai không? Nếu có , ngày dự sinh dự kiến là ngày nào? _____	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Đã đăng ký ít nhất một nửa thời gian tại một trường học, chương trình đào tạo hoặc trường cao đẳng? Bao gồm các chương trình đào tạo người tị nạn, trường kinh doanh hoặc kỹ thuật, trường thương mại hoặc trường dạy nghề, v.v. Nếu có , tên trường là gì? _____ Ngày tốt nghiệp hoặc ngày hoàn thành dự kiến là ngày nào? _____	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Chăm sóc trẻ em dưới 6 tuổi hoặc người lớn khuyết tật, ngay cả khi người được chăm sóc không sống trong cùng gia đình?	☐ CÓ ☐ KHÔNG

Tham gia một chương trình điều trị sử dụng chất gây nghiện?	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Có vấn đề về sức khỏe hoặc khuyết tật khiến không thể làm việc ít nhất 20 giờ mỗi tuần ? Điều này có thể là khuyết tật về tinh thần, thể chất, giác quan, học tập, trí tuệ, nhận thức, phát triển, nghiện chất gây nghiện hoặc là nạn nhân của bạo hành trong gia đình, quấy rối tình dục, tấn công tình dục hoặc rình rập.	☐ CÓ ☐ KHÔNG

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý chịu hình phạt về tội khai man rằng thông tin trong mẫu đơn này là đúng sự thật và chính xác.	
_____	____/____/____
Chữ ký	Ngày

Cơ sở này là một cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.

Chúng tôi không được phân biệt đối xử do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm bản dạng giới và khuynh hướng tình dục), tình trạng khuyết tật, tuổi tác, trả thù hoặc trả đũa vì hoạt động bảo vệ dân quyền trước đó. Nếu bạn nghĩ rằng chúng tôi đã phân biệt đối xử với bạn, hãy gọi 617-348-8555 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại.

Trao mẫu đơn này cho DTA: • Tải lên DTA Connect • Gửi thư đến DTA Document Processing Center: P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780 • Gửi Fax đến số 617-887-8765 • Quét tại văn phòng DTA địa phương • Gọi DTA Assistance Line theo số 877-382-2363
--