



Massachusetts Department of Transitional Assistance

## SNAP Work Rules 豁免表

机构 ID: \_\_\_\_\_

根据 SNAP 规定，特定人群仅可享受 3 个月的 SNAP 补助金，但其有工作、从事志愿服务、参加特定就业与培训计划或获得豁免的情况除外。请回答以下问题，以便 DTA 判定您本人或您家里享受 SNAP 计划的家庭成员是否符合工作规定豁免资格。如果还需其他信息，我们会联系您。

**必须遵守 SNAP 工作规定的个人姓名：**

此人是否……

正在领取伤残或疾病补助金？ ☐ 是 ☐ 否

例如：Social Security Disability 补助金、Supplemental Security Income (SSI)、退伍军人伤残抚恤金、工伤赔偿、短期伤残补助金或 Paid Family Medical Leave (PFML)。

补助金名称是？ \_\_\_\_\_

正在接受或曾经接受过 Massachusetts Commission for the Blind、Massachusetts Commission for the Deaf and Hard of Hearing 或 Department of Developmental Services 的服务？ ☐ 是 ☐ 否

正在接受 Massachusetts Department of Mental Health 或 MassAbility 的服务？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，预计疾病/伤残情况是否会持续 90 天或更长时间？ ☐ 是 ☐ 否

怀孕？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答“是”，预产期是哪一天？ \_\_\_\_\_

正在照顾 6 周岁以下儿童或正在照顾残障人士（成人或儿童），即使此人不与您同住？ ☐ 是 ☐ 否

正在领取或曾经申请过失业补助金？ ☐ 是 ☐ 否

至少有一半时间用于上学、参加培训计划或读大学？其中包括难民培训计划、商业或技术学校、贸易或职业学校等。 ☐ 是 ☐ 否

如果是，学校/计划名称是？ \_\_\_\_\_

预计何时毕业或完成学习？ \_\_\_\_\_

每周收入不低于 217.50 美元（或每周工作时间不少于 30 小时）？ <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而无法每周工作至少 30 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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
属于 Indian Health Care Improvement Act 界定的印第安人、城市印第安人或加州印第安人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人是否有稳定的夜间住所？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果您对此问题回答“否”，请继续回答以下问题。如果回答“是”，则可跳过这些问题。	
您是否有高中文凭或同等学历（GED 或 HiSet）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	过去一年中，您的稳定工作时间或全日制就读时间是否不低于 6 个月？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否定期去看病，例如看牙医、接受精神科护理/治疗或治疗慢性病？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否在过去 6 个月里住院治疗过？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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

EAEDC 受助人以及大多数 TAFDC 现金补助领取人可免于遵守 SNAP 工作规定。请访问 [DTAConnect.com](http://DTAConnect.com)，了解如何申请。

该机构提供平等就业机会。

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。

请通过以下方式将本表提交给 DTA（您也可以在手写便条上注明豁免信息）：

- 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)