



Massachusetts Department of Transitional Assistance

SNAP Work Rules - Formulário de Isenção

ID da Agência: _____

De acordo com os requisitos SNAP, algumas pessoas só podem receber os benefícios SNAP por 3 meses, a menos que estejam trabalhando, atuando como voluntárias, participando de programas de treinamento e formação ou sejam isentas. Responda as questões a seguir para ajudar o DTA a determinar se você ou alguém que mora com você e que receba os benefícios SNAP sejam isentos dos requisitos de trabalho. Informaremos se precisarmos de mais informações.

Nome da pessoa que deve atender aos requisitos de trabalho:

Esta pessoa...

Está recebendo benefícios por necessidades especiais ou doença? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Por exemplo: Benefícios do Social Security Disability, Supplemental Security Income (SSI), benefícios de necessidades especiais para veteranos, compensação salarial, benefícios de necessidades especiais de curto prazo ou Paid Family Medical Leave (PFML).

Qual é o nome do benefício? _____

Está sendo atendida ou foi atendida no passado pela Massachusetts Commission for the Blind, Massachusetts Commission for the Deaf and Hard of Hearing ou pelo Department of Developmental Services? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Está sendo atendida pelo Massachusetts Department of Mental Health ou pela MassAbility? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Se **sim**, a doença/necessidade especial deve durar 90 dias ou mais? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Está grávida? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Se **sim**, qual é a data estimada de nascimento do bebê? _____

Cuida de uma criança com menos de 6 anos ou de uma pessoa (adulto ou criança) com necessidades especiais, mesmo que ambos não morem na mesma casa? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Está recebendo ou solicitou seguro-desemprego? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Vai à escola, universidade ou programa de treinamento por pelo menos meio período? Incluindo programas de formação para refugiados, escolas técnicas ou de administração, instituições vocacionais ou comerciais, etc. ☐ **Sim** ☐ **Não**

Se **sim**, qual é o nome da escola/programa? _____

Qual é a data estimada de graduação ou conclusão? _____

Ganha pelo menos US\$ 217,50 por semana (ou trabalha por pelo menos 30 horas por semana)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Está participando de um programa de tratamento de abuso de substâncias? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tem algum problema de saúde ou necessidade especial que impeça a execução de atividades profissionais por pelo menos 30 horas semanais? Pode ser uma questão mental, física, sensorial, de aprendizado, intelectual, cognitiva, de desenvolvimento, de dependência de substâncias ou a pessoa pode ser vítima de violência doméstica, assédio sexual, violência sexual ou perseguição. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
É indígena, indígena que vive em área urbana ou indígena da Califórnia, de acordo com o Indian Health Care Improvement Act? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Esta pessoa tem um lugar estável para passar a noite? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se você respondeu “ não ” para esta questão, responda as questões abaixo. Se você respondeu “ sim ,” deixe as questões em branco.	
Você possui diploma do ensino médio ou equivalente (GED ou HiSet)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	No ano passado, você teve um emprego estável ou foi aluno em tempo integral de uma instituição por pelo menos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você visita regularmente um profissional de saúde, como dentista ou terapeuta, ou faz tratamento para alguma doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Você foi hospitalizado nos últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

As pessoas que recebem os benefícios EAEDC e a maioria das pessoas que recebe os benefícios em dinheiro TAFDC estão isentas dos requisitos de trabalho SNAP. Para saber como solicitar, acesse DTAConnect.com.

Esta instituição é uma provedora de serviços de igualdade de oportunidades.

Não discriminamos com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência ou idade, nem praticamos represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis. Se você achar que sofreu discriminação da nossa parte, ligue para 617-348-8555 para saber como registrar uma reclamação.

Para entregar este formulário ao DTA (você também pode escrever as informações de isenção em uma folha, de próprio punho):

- Faça o upload dos documentos no DTA Connect
- Envie pelo correio para o DTA Document Processing Center: P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780
- Envie por fax para 617-887-8765
- Digitalize os documentos em um escritório local do DTA
- Ligue para a DTA Assistance Line: 877-382-2363