



Massachusetts Department of Transitional Assistance

## Formulario de exención de SNAP Work Rules

ID de la Agencia: \_\_\_\_\_

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, o bien estén exentas. Responda las siguientes preguntas para ayudar al DTA a determinar si usted o alguien de su grupo familiar beneficiario del SNAP está exento/a de las normas de trabajo. Le avisaremos si necesitamos más información.

### Nombre de la persona que debe cumplir las reglas de trabajo del SNAP:

Esta persona...

¿Recibe un beneficio por discapacidad o enfermedad? ☐ Sí ☐ No

Por ejemplo: Beneficios de Social Security Disability, Supplemental Security Income (SSI), beneficios por discapacidad para veteranos, indemnización laboral, discapacidad a corto plazo o Paid Family Medical Leave (PFML).

¿Cuál es el nombre del beneficio? \_\_\_\_\_

¿Recibe o ha recibido servicios de Massachusetts Commission for the Blind, Massachusetts Commission for the Deaf and Hard of Hearing, o el Department of Developmental Services? ☐ Sí ☐ No

¿Recibe servicios de Massachusetts Department of Mental Health o MassAbility? ☐ Sí ☐ No

Si responde **sí**, ¿se prevé que la enfermedad o discapacidad dure 90 días o más? ☐ Sí ☐ No

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si responde **sí**, ¿Cuál es la fecha de parto estimada? \_\_\_\_\_

¿Cuida a un niño menor de 6 años o a una persona (adulto o niño) con discapacidad, aunque no vivan en la misma casa? ☐ Sí ☐ No

¿Recibe o ha solicitado beneficios por desempleo? ☐ Sí ☐ No

¿Asiste a la escuela, a un programa de capacitación o a un colegio universitario al menos a medio tiempo? Esto incluye programas de formación para refugiados, escuelas empresariales o técnicas, escuelas de comercio o formación profesional, etc. ☐ Sí ☐ No

Si responde **sí**, ¿cuál es el nombre de la escuela/del programa? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha prevista de graduación o finalización? \_\_\_\_\_

¿Gana al menos \$217.50 por semana (o trabaja 30 horas o más por semana)? ☐ 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 30 horas a la semana? Puede tratarse de un problema o una discapacidad mental, física, sensorial, de aprendizaje, intelectual,

cognitiva, de desarrollo, de dependencia de sustancias o por ser víctima de violencia doméstica, acoso sexual, agresión sexual u hostigamiento. ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Es indígena, indígena urbano/a o indígena de California, tal como se describe en Indian Health Care Improvement Act? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Esta persona tiene una residencia nocturna estable? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si respondió “**No**” a esta pregunta, responda las siguientes preguntas. Si respondió “**Sí**”, puede dejar estas preguntas en blanco.

¿Tiene un título de secundaria o equivalente? (GED o HiSet)? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Ha tenido un empleo estable o ha sido estudiante de tiempo completo durante al menos 6 meses en el último año? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Acude regularmente a un profesional de la salud, como un dentista, un psiquiatra o un terapeuta, o recibe tratamiento para una enfermedad crónica?  
☐ **Sí** ☐ **No**

¿Ha estado hospitalizado/a en los últimos 6 meses?  
☐ **Sí** ☐ **No**

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

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fecha**

Las personas que reciben EAEDC y la mayoría de las personas que reciben beneficios en efectivo de TAFDC están exentas de las normas de trabajo del SNAP. Infórmese sobre cómo presentar una solicitud en [DTAConnect.com](https://DTAConnect.com).

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

No debemos discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), discapacidad o edad, ni tomar represalias por actividades previas en defensa de los derechos civiles. Si considera que lo/la hemos discriminado, llame al 617-348-8555 para averiguar cómo presentar una queja.

Para entregar este formulario al DTA (también puede escribir la información sobre la exención en una nota manuscrita):

- 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