



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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es indígena, indígena urbano/a o indígena de California, tal como se describe en Indian Health Care Improvement Act? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Esta persona tiene una residencia nocturna estable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido un empleo estable o ha sido estudiante de tiempo completo durante al menos 6 meses en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Acude regularmente a un profesional de la salud, como un dentista, un psiquiatra o un terapeuta, o recibe tratamiento para una enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha estado hospitalizado/a en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.

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