



Massachusetts Department of Transitional Assistance

Mẫu đơn Miễn trừ SNAP Work Rules

Agency ID: _____

Quy định của SNAP nêu rằng một số cá nhân cụ thể bị giới hạn trong 3 tháng về các trợ cấp SNAP trừ khi họ đang làm việc, tình nguyện tham gia một số chương trình việc làm và đào tạo cụ thể hoặc được miễn. Trả lời các câu hỏi sau để giúp DTA xác định xem bạn hoặc ai đó trong hộ gia đình nhận SNAP có được miễn trừ khỏi các quy tắc làm việc hay không. Chúng tôi sẽ cho bạn biết nếu cần thêm thông tin.

Tên của cá nhân phải đáp ứng các quy định làm việc của SNAP:

Cá nhân này có phải là...

Có đang nhận trợ cấp khuyết tật hoặc bệnh tật không? ☐ **Có** ☐ **Không**

Ví dụ: Trợ cấp Social Security Disability, Supplemental Security Income (SSI), trợ cấp khuyết tật cho cựu chiến binh, bồi thường lao động, khuyết tật ngắn hạn, hoặc Paid Family Medical Leave (PFML).

Tên của trợ cấp này là gì? _____

Bạn đang nhận dịch vụ hoặc đã từng nhận dịch vụ từ Massachusetts Commission for the Blind, Massachusetts Commission for the Deaf and Hard of Hearing, hoặc Department of Developmental Services? ☐ **Có** ☐ **Không**

Nhận các dịch vụ từ Massachusetts Department of Mental Health hoặc MassAbility? ☐ **Có** ☐ **Không**
Nếu **có**, bệnh tật/khuyết tật có dự kiến kéo dài 90 ngày hoặc lâu hơn không? ☐ **Có** ☐ **Không**

Có đang mang thai không? ☐ **Yes** ☐ **No** Nếu **có**, ngày dự sinh dự kiến là ngày nào? _____

Bạn đang chăm sóc trẻ em dưới 6 tuổi hoặc chăm sóc người khuyết tật (người lớn hoặc trẻ em), ngay cả khi không sống chung nhà? ☐ **Có** ☐ **Không**

Họ có nhận hoặc nộp đơn xin trợ cấp thất nghiệp không? ☐ **Có** ☐ **Không**

Có đang theo học ở trường, một chương trình đào tạo hoặc cao đẳng ít nhất là bán thời gian không? Bao gồm các chương trình đào tạo dành cho người tị nạn, trường kinh doanh hoặc trường kỹ thuật, trường thương mại hoặc trường dạy nghề, v.v. ☐ **Có** ☐ **Không**

Nếu **có**, tên trường/chương trình là gì? _____

Ngày tốt nghiệp hoặc ngày hoàn thành dự kiến là ngày nào? _____

Kiểm được ít nhất 217,50 đô la mỗi tuần (hoặc làm việc 30 giờ trở lên mỗi tuần)? ☐ **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 30 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**

Người Da đỏ, người Da đỏ Thành thị hay người Da đỏ California như được mô tả trong Indian Health Care Improvement Act? ☐ **Có** ☐ **Không**

Người này có nơi cư trú ổn định vào ban đêm không? ☐ **Có** ☐ **Không**

Nếu bạn trả lời "**Không**" cho câu hỏi này, vui lòng trả lời các câu hỏi bên dưới. Nếu bạn trả lời "**Có**", bạn có thể để trống các câu hỏi này.

Bạn có bằng tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc bằng cấp tương đương (GED hoặc HiSet)? ☐ **Có** ☐ **Không**

Bạn có việc làm ổn định hoặc là một sinh viên toàn thời gian trong ít nhất 6 tháng trong năm qua không? ☐ **Có** ☐ **Không**

Bạn có thường xuyên gặp bác sĩ chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như nha sĩ, chăm sóc/trị liệu tâm thần, hoặc điều trị bệnh mãn tính không? ☐ **Có** ☐ **Không**

Bạn có phải nhập viện trong 6 tháng qua không?
☐ **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

Những người nhận EAEDC và hầu hết những người nhận trợ cấp tiền mặt TAFDC đều được miễn các quy định làm việc của SNAP. Tìm hiểu cách nộp đơn tại [DTAConnect.com](https://www.dtacconnect.com).

Đây là tổ chức cung cấp cơ hội công bằng.

Chúng tôi không được phân biệt đối xử do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm cả nhân 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 số 617-348-8555 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại.

Để gửi mẫu đơn này cho DTA (hoặc bạn cũng có thể viết thông tin miễn trừ trên một tờ giấy viết tay):

- 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 đến DTA Assistance Line theo số 877-382-2363