



Massachusetts Department of Transitional Assistance
Supplemental Nutrition Assistance Program

Solicitud de Información sobre el Programa de Capacitación ABAWD

Entregue este formulario al DTA

- Por correo: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
- Por fax: (617) 887-8765
- Cargándolas a la aplicación DTA Connect

Parte 1: Para ser completado por el Cliente/Participante

Nombre _____

Dirección _____

Autorización del cliente/participante

Por la presente autorizo la divulgación de información sobre el programa de capacitación/educación solicitada por el Departamento de Asistencia Transicional.

Firma _____ Fecha ___/___/_____

ID de la Agencia o 4 últimos dígitos del SSN: _____

Una manera de cumplir con el requisito para Adultos Sanos Sin Personas a Cargo (ABAWD) es participar en ciertos programas de educación y capacitación por un mínimo de 20 horas a la semana.

Las personas que participan en ciertos programas para refugiados que les ayudan a conseguir trabajo, no tienen que cumplir con los requisitos del Programa de Trabajo ABAWD. (.)

Si **actualmente está participando** en un programa para refugiados, o en uno que cumpliera con el requisito de trabajo, pida al personal del programa al que usted asiste que complete la parte 2 de este formulario.

No use este formulario para verificar la inscripción en la escuela secundaria, o superior, o en la universidad. Si usted es estudiante secundario o universitario, llame al DTA al 1-877-382-2363 para informarse sobre cómo verificar su estado de estudiante.

Part 2: To be completed by the Education/Training program staff

I hereby certify that _____ is a current participant in:

Program Name: _____

Agency Name/Address: _____

This program is a/an: (check all that apply)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HiSet program | <input type="checkbox"/> ESOL program |
| <input type="checkbox"/> Other ABE program | <input type="checkbox"/> Job readiness program |
| <input type="checkbox"/> Job search program | <input type="checkbox"/> Occupational skills training program |
| <input type="checkbox"/> On-the-job training program | <input type="checkbox"/> Vocational or technical training program |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

Start date: _____ **Anticipated Completion date:** _____

Number of hours per week that client participates in the program: _____

Of these hours, how many hours per week are devoted to job search/job readiness activities?

Note: To meet the ABAWD work requirement, a client must participate in a total of 20 hours of allowable activity per week.

This program is:

- a WIA/WIOA funded program
- a program under section 236 of the Trade Act of 1974
- a federally recognized refugee employability service (approved, funded, or operated by the federal Office of Refugee Resettlement (ORR))

Signature of Program Contact Person

Date

Printed Name of Program Contact Person

Telephone Number

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.