



Solicitar para ABAWD Trabalhar Programa Isenção

Lá ter mentira mudar esse o Suplementar Nutrição Ajuda Programa (FOTO). Agora, Adultos fisicamente aptos Os beneficiários do SNAP (Programa de Assistência Nutricional Suplementar para Pessoas Sem Dependentes) com idades entre 18 e 64 anos, que não são pais de filhos menores de idade e que estão aptos para o trabalho, mas não trabalham um total de 80 horas por mês. Além disso, os ABAWDs podem Só receberão benefícios do SNAP por três (3) meses em um período de três (3) anos se não cumprirem os requisitos de trabalho do ABAWD. ou são livre de o requisitos. Usar esse forma esse dizer nós sobre seu situação então nós sangue determinar se você são isento de ou já cumprir os requisitos do programa de trabalho. Você preto fornecer DHS esse O formulário preenchido e as comprovações necessárias para que a solicitação de isenção dos requisitos de trabalho do programa ABAWD seja considerada. Se você tiver alguma dúvida Se precisar de ajuda, entre em contato com nossa Central de Atendimento pelo telefone 855-697-4347.

Se você ter um cliente portal conta com www.healthyrhode.ri.gov, você com carregar esse forma e seu verificações lá.

Seção 1: Cliente Informação

Nome: _____

Endereço: _____ Número de telefone: _____

Número do caso RIBridges (se conhecido): _____

Seção 2: Solicitado Informação. Verificar todos que aplicar esse você .

☐ EU sobre trabalhando um total ou 80 horas por mês e o federal mínimo salário, incluindo trabalho por conta própria . Você Deve fornecer uma das seguintes verificações:

- carregar 4 semanas ou comprovantes de pagamento ;
- um assinado e data carta dez do empregador papel timbrado com antecipado semanalmente horas e compartilhar por hora;
- prova ou seu trabalho por conta própria .

☐ EU sobre inapto para trabalhar e sobre fisicamente ou mentalmente impossível esse trabalhar um total ou 80 horas por mês.

Você preto fornecer um ou essas verificações:

- DHS médico forma (C1b) de o centro ou provedor;
- UM concluído e assinado Comunidade Parceiros ABAWD Isenção Solicitar forma obtido de o Site do DHS ou agência parceira da comunidade onde você recebe apoio e serviços;
- UM carta de um médico ou mentalmente saúde provedor declaração você são observação capaz esse trabalhar um total ou 80 horas por mês;
- Verificação ou inabilidade pagamento (SSI, SSDI, E inabilidade, TDI).

☐ EU sobre em um substância abuso tratamento programa.
Nome do programa: _____

Você deve fornecer uma destas verificações:

- DHS médico forma (C1b) de o centro ou provedor
- UM documento de o centro ou provedor que mostra seu participação em o tratamento programa.

☐ EU sobre em um FOTO doméstico vivendo com um criança sob idade 14. (Esse sangue sim seu ter criança ou irmãos, ou o filho de outra família com quem você mora.)

Nome e idade ou a criança: _____

☐ Estou grávida (em qualquer fase da gravidez). Data prevista para o parto (se souber): _____

Você deve apresentar comprovante de gravidez.

☐ EU sobre um pai/mãe ou individual responsável para o qual ou um dependente criança sob o idade ou 6 ou um pessoa com uma deficiência. (Observação: a pessoa não precisa morar com você.)

Nome _____ e _____ idade _____ da _____ criança: _____

Nome _____ da _____ pessoa _____ incapacitada _____ que _____ recebe _____ seus _____ cuidados: _____

Você deve fornecer comprovação da incapacidade da pessoa.

☐ EU sobre em um treinamento de trabalho programa ou FOTO E&T.

Nome do programa: _____

Você deve fornecer um documento de o programa provedor que mostra sua participação em o programa de treinamento profissional, incluindo as horas que você dedica ao programa a cada semana.

☐ EU para esse escola e ao menos Intervalo .

Nome da escola: _____

Você preto fornecer nós com um documento que confirma seu inscrição gelo e ao menos Intervalo .

☐ EU sobre recebendo desemprego benefícios, ou EU ter aplicado para desemprego benefícios.

Você preto fornecer um cópia ou seu aprovação perceber ou aplicativo submissão confirmação.

☐ EU sobre fazendo voluntário trabalhar ou "comunidade trabalho de "serviço" .

Você preto fornecer nós qualquer um assinado e cópia preenchida ou o ABAWD Combinado Atividades Formulário de relatório ou um

carta de o lugar onde você sim voluntário trabalhar. O carta preto inclui:

- o telefone número e endereço onde você voluntário;
- o número ou horas (isso é média) que você voluntário cavalo mês; e
- o assinatura ou um funcionários pessoa e o datas.

Seção 3: Assinatura do cliente

Abaixo pena ou perjúrio, EU certificado que todos ou o Informação continha em esse forma gelo verdadeiro. EU entender que Estarei infringindo a lei se fornecer informações falsas e poderei ser punido de acordo com a lei federal, a lei estadual ou ambas.

Assinatura _____ Datas _____

COMO PARA PEGAR ESSE FORMA PARA DHS

Enviar o concluído e assinado forma através o seguindo vias:

- ◆ E-mail esse RI Departamento ou Humano Serviços, Sim Caixa 8709, Cranston, RI 02920- 8787;
- ◆ Derrubar desligado em pessoa ou e um Derrubar Caixa Escritório localização listado e <https://dhs.ri.gov/about-us/dhs-offices> ;
- ◆ Registro em e carregar esse seu Cliente Portal conta e <http://www.healthyrhode.ri.gov> ; ou
- ◆ Acesso através o Rhodes saudável Móvel Aplicativo em o aplicativo grande ou

Google Para perguntas, ligue para: 1-855-MY-RIDHS (1-855-697-4347)

Notas: Se você são aplicando ou recertificação e esse tempo, você com enviar esse concluído e assinado forma com seu Documentos de solicitação ou renovação do DHS.