



Solicitud de exención ABAWD de socio comunitario

Estimado socio comunitario,

Su cliente, _____, número de caso RIBridges _____, ha solicitado una exención de las actividades laborales obligatorias asociadas con su solicitud o recepción de los Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).

Según nuestros registros, se encuentra en las siguientes condiciones:

- Tiene entre 18 y 64 años;
- Vive en un hogar SNAP en el que nadie es menor de 14 años;
- No tiene una discapacidad certificada médicamente que le impida trabajar;
- No está embarazada
- No trabaja ni realiza labores de voluntariado durante al menos 80 horas al mes;
- No participa en un programa SNAP E&T ni en un programa financiado por la WIOA;
- No es indio, indio urbano ni indio de California, según lo define la ley

Si usted cree que la información anterior es incorrecta, ayude a su cliente a informar de ello al DHS.

Si la información anterior es correcta, su cliente puede estar exento del requisito de trabajo ABAWD y poder mantener las prestaciones más allá de los 3 meses, si no es apto para trabajar por motivos físicos, mentales o emocionales.

Su familiaridad con el solicitante del SNAP puede ayudarnos a determinar si cumple los criterios de no aptitud para el trabajo.

- ¿Su cliente tiene varias citas médicas semanales (incluidas las de asesoramiento) que le dificultan conseguir o mantener un empleo? La documentación en papel con membrete oficial de un profesional sanitario o centro de salud puede servir como verificación.
- ☐ Sí ☐ No
- ¿Su cliente tiene reuniones y obligaciones periódicas como parte de su compromiso con su agencia que le impiden conseguir o mantener un empleo? La documentación en papel con membrete de la agencia que indique el tipo y la frecuencia del compromiso puede servir como verificación.
- ☐ Sí ☐ No
- ¿Su cliente tiene dificultades con alguno de los siguientes aspectos, lo que le dificulta conseguir o mantener un empleo?
- ☐ Hacer contacto visual ☐ Hablar con la gente ☐ Organización del tiempo
- ☐ Acceso al baño/higiene ☐ No hay un lugar seguro para guardar sus pertenencias

¿Hay algo que considere que deberíamos saber sobre su cliente para ayudarnos a determinar su capacidad para encontrar y mantener un empleo?

Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información contenida en este formulario es verdadera. Entiendo que estoy infringiendo la ley si proporciono información falsa y que puedo ser sancionado en virtud de la legislación federal, estatal o ambas.

Nombre de la persona que completa este formulario _____ Fecha _____

Firma de la persona que completa este formulario _____ Fecha _____

Agencia/Cargo _____ Teléfono _____

Envíe el formulario completado y firmado a través de las siguientes vías:

- Por correo postal a RI Department of Human Services, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787 ;
- Entregue en persona o en una oficina de Drop Box Office en <https://dhs.ri.gov/about-us/dhs-offices>
- Inicie sesión y cárguelo en su cuenta del Portal del Cliente en <https://www.healthyrhode.ri.gov> ; o
- Acceda a través de la aplicación móvil HealthyRhode en la tienda de aplicaciones o Google Play

Si tiene alguna pregunta, llame al: 1-855-MY-RIDH (1-855-697-4347)

Notas: Si su cliente está solicitando o renovando su certificación en este momento, puede enviar este formulario completado y firmado junto con su solicitud del DHS o los documentos de renovación.