



Solicitação de Isenção ABAWD – Parceiro Comunitário

Prezado Parceiro Comunitário,

Seu cliente, _____, com o caso RIBridges de nº _____, solicitou uma isenção das atividades obrigatórias relacionadas ao trabalho associadas à solicitação ou ao recebimento dos benefícios do Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP).

De acordo com nossos registros, o cliente:

- Tem entre 18 e 64 anos;
- Vive em um domicílio do SNAP onde não há ninguém com menos de 14 anos;
- Não possui uma deficiência medicamente certificada que o impeça de trabalhar;
- Não está grávida;
- Não está trabalhando nem realizando trabalho voluntário por pelo menos 80 horas mensais;
- Não está participando de um programa SNAP E&T ou de um programa financiado pelo WIOA;
- Não é indígena, indígena urbano ou indígena da Califórnia, conforme definido por lei.

Se você acreditar que as informações acima estão incorretas, por favor, ajude seu cliente a reportar isso ao DHS.

Se as informações acima estiverem corretas, seu cliente poderá ser isento da exigência de trabalho do ABAWD e poderá manter os benefícios por mais de 3 meses, caso esteja física, mental ou emocionalmente inapto(a) para o trabalho.

Sua familiaridade com o requerente do SNAP pode nos ajudar a determinar se ele atende aos critérios de inaptidão para o trabalho.

- Seu cliente possui múltiplas consultas médicas semanais (incluindo aconselhamento/terapia), o que dificulta conseguir ou manter um emprego? Documentação em papel timbrado oficial de um profissional ou centro de saúde pode servir como comprovação.
☐ Sim ☐ Não
- Seu cliente possui reuniões e obrigações regulares como parte do seu vínculo com a sua agência que dificultam sua capacidade de conseguir ou manter um emprego? Documentação em papel timbrado da agência, indicando o tipo e a frequência do compromisso, pode servir como comprovação.
☐ Sim ☐ Não
- Seu cliente enfrenta alguma das dificuldades abaixo, que tornam difícil conseguir ou manter um emprego?
 - ☐ Manter contato visual ☐ Conversar com pessoas ☐ Organizar o tempo
 - ☐ Acesso a banho/higiene pessoal ☐ Não ter um local seguro para guardar pertences.

Há algo mais que você acredita que deveríamos saber sobre seu cliente para nos ajudar a determinar sua capacidade de encontrar e manter um emprego?

Sob pena de perjúrio, declaro que todas as informações contidas neste formulário são verdadeiras. Entendo que estarei infringindo a lei se fornecer informações falsas e que poderei ser punido(a) de acordo com a lei federal, estadual ou ambas.

Nome da pessoa que preencheu este formulário _____ Data _____

Assinatura da pessoa que preencheu este formulário _____ Data _____

Agência/Cargo _____ Telefone _____

Envie o formulário preenchido e assinado por uma das seguintes opções:

- Pelo correio para: RI Department of Human Services, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787;;
- Entrega presencial ou em uma Drop Box em um escritório listado em: <https://dhs.ri.gov/about-us/dhs-offices>
- Acessando sua conta no Portal do Cliente e fazendo o upload em: <https://www.healthyrhode.ri.gov> ; ou
- Pelo aplicativo móvel HealthyRhode, disponível na App Store ou Google Play.

Para dúvidas, ligue: 1-855-MY-RIDH (1-855-697-4347)

Nota: Se seu cliente estiver solicitando ou renovando os benefícios neste momento, este formulário preenchido e assinado pode ser enviado junto com os documentos de solicitação ou renovação do DHS.