



Solicitação de Isenção do Programa de Trabalho ABAWD

Houve alterações no Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP). Agora, Adultos Aptos para o Trabalho Sem Dependentes (ABAWDs) são definidos como beneficiários do SNAP com idades entre 18 e 64 anos, que não são pais de filhos menores e que são aptos para o trabalho, mas não trabalham um total de 80 horas por mês. Além disso, os ABAWDs só podem receber benefícios do SNAP por três (3) meses em um período de três (3) anos se não atenderem aos requisitos de trabalho para ABAWDs ou se estiverem isentos desses requisitos. Use este formulário para nos informar sobre sua situação para que possamos determinar se você está isento ou já está cumprindo aos requisitos do programa de trabalho. Você deve fornecer ao DHS este formulário preenchido e as comprovações necessárias para ser considerado para uma isenção dos requisitos de trabalho para ABAWDs. Se você tiver dúvidas ou precisar de ajuda, nossa equipe da Central de Atendimento pode ser contatada pelo telefone 855-697-4347.

Se você possui uma conta no portal do cliente em www.healthyrhode.ri.gov, pode enviar este formulário e suas comprovações por lá .

Seção 1: Informações do Cliente

Nome: _____

Endereço: _____

Número de telefone: _____ Número do caso RIBridges (se souber): _____

Seção 2: Informações solicitadas. Marque todas as opções que se aplicam a você .

Estou trabalhando um total de 80 horas por mês com salário mínimo federal, incluindo trabalho autônomo . Você deve fornecer uma das seguintes comprovações:

- Comprovantes de pagamento das últimas 4 semanas;
- Uma carta assinada e datada em papel timbrado do empregador, com a previsão de horas semanais e o salário por hora;
- Comprovante de trabalho autônomo.

Estou inapto para o trabalho e sou física ou mentalmente incapaz de trabalhar um total de 80 horas por mês. Você deve fornecer uma das seguintes comprovações:

- Formulário médico do DHS (C1b) do centro ou prestador de serviços;
- Um formulário de Solicitação de Isenção ABAWD de Parceiro Comunitário preenchido e assinado, obtido no site do DHS ou em uma agência parceira comunitária onde você recebe apoio e serviços;
- Uma carta de um profissional médico ou de saúde mental declarando que você não tem condições de trabalhar um total de 80 horas por mês;
- Comprovação de recebimento de benefícios por invalidez (SSI, SSDI, VA, TDI).

Estou em um programa de tratamento para dependência química.

Nome do programa: _____

Você deve fornecer uma destas comprovações:

- Formulário médico do DHS (C1b) do centro ou prestador de serviços.
- Um documento do centro ou prestador de serviços que comprove sua participação no programa de tratamento.

Sou indígena, indígena urbana, indígena da Califórnia e de outra categoria indígena, conforme definido na Lei de Melhoria da Assistência Médica Indígena (Indian Health Care Improvement Act).

- Você deve fornecer comprovação que confirme sua participação ou filiação tribal.

Faço parte de um domicílio beneficiário do SNAP e moro com uma criança menor de 14 anos. (Pode ser seu próprio filho, irmão ou filha, ou o filho de outra família com quem você mora.)

Nome e idade da criança: _____

Estou grávida (em qualquer fase da gravidez). Sua data prevista para o parto (se souber):
_____ Você deve apresentar comprovante de gravidez.

Sou pai/mãe ou responsável pelos cuidados de uma criança dependente com menos de 6 anos de idade ou de uma pessoa com deficiência. (Observação: a pessoa não precisa morar com você.)

Nome e idade da criança: _____

Nome da pessoa incapacitada que você cuida: _____ Você deve fornecer comprovação da incapacidade da pessoa.

Estou participando de um programa de treinamento profissional ou do SNAP E&T.

Nome do programa: _____

Você deve fornecer um documento do prestador do programa que comprove sua participação no programa de treinamento profissional, incluindo a carga horária semanal.

Frequento a escola pelo menos em período parcial.

Nome da escola: _____

Você deve nos fornecer um documento que confirme que sua matrícula é de pelo menos meio período.

Estou recebendo auxílio-desemprego ou já solicitei o auxílio-desemprego.

Você deve fornecer uma cópia do seu aviso de aprovação ou da confirmação de envio da solicitação.

Estou realizando trabalho voluntário ou "serviço comunitário".

Você deve nos fornecer uma cópia assinada e preenchida do Formulário de Relatório de Atividades Combinadas da ABAWD ou uma carta do local onde você realiza trabalho voluntário. A carta deve incluir:

- o número de telefone e o endereço do local onde você realiza trabalho voluntário;
- o número de horas (em média) que você dedica ao trabalho voluntário por mês; e
- a assinatura de um funcionário e a data.

Seção 3: Assinatura do Cliente

Sob pena de perjúrio, afirmo que todas as informações contidas neste formulário são verdadeiras.

Compreendo que estarei infringindo a lei se fornecer informações falsas e que poderei ser punido de acordo com a lei federal, a lei estadual ou ambas.

Assinatura _____

Data _____

COMO ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PARA O DHS

Envie o formulário preenchido e assinado através dos seguintes canais:

- ◆ Envie pelo correio para RI Department of Human Services, PO Box 8709, Cranston, RI 02920-8787;
- ◆ Entregue pessoalmente ou em um dos pontos de coleta listados em <https://dhs.ri.gov/about-us/dhs-offices> ;
- ◆ Faça login e envie o documento em sua conta do Portal do Cliente em <http://www.healthyrhode.ri.gov> ; ou
- ◆ Acesse pelo aplicativo HealthyRhode Mobile na App Store ou no Google Play.

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

Observação: Se você estiver se candidatando ou recertificando neste momento, poderá enviar este formulário preenchido e assinado juntamente com seus documentos de inscrição ou renovação do DHS.