



Solicitud de exención del programa de trabajo ABAWD

Se han producido cambios en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Ahora, los adultos sanos sin personas a su cargo (ABAWD) se definen como beneficiarios de SNAP de entre 18 y 64 años, que no son padres de hijos menores de edad y que, aunque pueden trabajar, no lo hacen un total de 80 horas al mes. Además, los ABAWD solo pueden recibir prestaciones de SNAP durante tres (3) meses en un periodo de tres (3) años si no cumplen los requisitos laborales de ABAWD o están exentos de dichos requisitos. Utilice este formulario para informarnos de su situación, de modo que podamos determinar si está exento de los requisitos del programa de trabajo o si ya los cumple. Debe proporcionar a DHS este formulario cumplimentado y las verificaciones para que se considere su solicitud de exención de los requisitos laborales de ABAWD. Si tiene preguntas o necesita ayuda, puede ponerse en contacto con el personal de nuestro centro de atención telefónica llamando al 855-697-4347.

Si tiene una cuenta en el portal de clientes de www.healthyrhode.ri.gov, puede cargar este formulario y sus verificaciones allí.

Sección 1: Información del cliente

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de expediente de RIBridges (si lo conoce): _____

Sección 2: Información solicitada. Marque todas las opciones que correspondan a su caso.

☐ Trabajo un total de 80 horas al mes con el salario mínimo federal, incluido el trabajo por cuenta propia. Debe proporcionar una de estas verificaciones:

- Nóminas de las últimas 4 semanas;
- Una carta firmada y fechada con membrete de la empresa en la que se indiquen las horas semanales previstas y el salario por hora;
- Prueba de su trabajo por cuenta propia..

☐ No estoy en condiciones de trabajar y soy física o mentalmente incapaz de trabajar un total de 80 horas al mes. Debe proporcionar una de estas verificaciones:

- Formulario médico del DHS (C1b) del centro o proveedor;
- Un formulario de solicitud de exención ABAWD de socios comunitarios, cumplimentado y firmado, obtenido en el sitio web del DHS o en una agencia asociada de la comunidad donde reciba apoyo y servicios;
- Una carta de un proveedor de servicios médicos o de salud mental en la que se indique que no puede trabajar un total de 80 horas al mes;
- Justificante de prestaciones por discapacidad (SSI, SSDI, discapacidad del VA, TDI).

☐ Estoy en un programa de tratamiento por abuso de sustancias.

Nombre del programa: _____

Debe proporcionar una de estas verificaciones:

- Formulario médico del DHS (C1b) del centro o proveedor
- Un documento del centro o proveedor que demuestre su participación en el programa de tratamiento.

☐ Soy indígena, indígena urbano, indígena de California u otro tipo de indígena según se define en la Ley de Mejora de la Atención Sanitaria para los Indígenas (Indian Health Care Improvement Act).

Debe presentar un documento que acredite su pertenencia o afiliación a una tribu.

☐ Formo parte de un hogar beneficiario del SNAP en el que convivo con un menor de 14 años. (Puede tratarse de su propio hijo o hermano, o del hijo de otra familia con la que conviva).

Nombre y edad del niño: _____

☐ Estoy embarazada (en cualquier etapa del embarazo). Fecha prevista del parto (si se conoce): _____

Debe proporcionar una verificación del embarazo.

☐ Soy padre/madre o persona responsable del cuidado de un niño dependiente menor de 6 años o de una persona con discapacidad. (Nota: No es necesario que la persona viva con usted.)

Nombre y edad del niño: _____

Nombre de la persona incapacitada a la que cuida: _____ Debe presentar un documento que acredite la incapacidad de la persona.

☐ Estoy en un programa de formación laboral o en el SNAP E&T.

Nombre del programa: _____

Debe presentar un documento del proveedor del programa que demuestre su participación en el programa de formación laboral, incluyendo las horas que asiste al programa cada semana.

☐ Asisto a la escuela al menos a tiempo parcial.

Nombre de la escuela: _____

Debe proporcionarnos un documento que confirme que su matrícula es al menos a tiempo parcial.

☐ Estoy recibiendo prestaciones por desempleo o las he solicitado.

Debe presentar una copia de la notificación de aprobación o de la confirmación de presentación de la solicitud.

☐ Estoy realizando trabajo voluntario o "servicio comunitario".

Debe proporcionarnos una copia firmada y cumplimentada del formulario de informe de actividades combinadas de la ABAWD o una carta del lugar donde realiza su labor de voluntariado. La carta debe incluir:

- el número de teléfono y la dirección del lugar donde realiza su labor de voluntariado;
- el número de horas (de media) que dedica al voluntariado cada mes; y
- la firma de un miembro del personal y la fecha.

Sección 3: Firma del cliente

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 ley federal, la ley estatal o ambas.

Firma _____ Fecha _____

CÓMO ENVIAR ESTE FORMULARIO A DHS

Envíe el formulario cumplimentado y firmado a través de los siguientes canales:

- ◆ Por correo postal a RI Department of Human Services, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787;
- ◆ Entregue el formulario en persona o en una de las oficinas de buzones de entrega que figuran en <https://dhs.ri.gov/about-us/dhs-offices> ;
- ◆ Inicie sesión y suba el formulario a su cuenta del Portal del Cliente en <http://www.healthyrhode.ri.gov> ; ou
- ◆ Acceda a través de la aplicación móvil HealthyRhode en la App Store o Google Play

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

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

