



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION


Matthew Brune, Executive Deputy Commissioner

James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures, and Training

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #13-71-OPE

ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS FORMS

Date: July 19, 2013	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>See PD #13-05-ELI for the ABAWD procedure and PB #13-45-OPE for the ABAWD Work Experience Program (WEP) carfare process.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Non-Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Center staff of the following notices that were created to inform participants who are subject to the Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) requirements of the work opportunity that the Agency is making available to them to meet the ABAWD requirements:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Eligibility Compliance Notice (FIA-1021d) • Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice (FIA-1021e) • Notice of an Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (FIA-1021i) • Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice to Work Experience Program (WEP) Orientation (FIA-1021j) • Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (FIA-1021k) <p>Management Information Systems (MIS) prints and mails the appropriate notice to ABAWDs.</p> <p>Samples of the forms are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Related Items:</p> <p>PD #13-05-ELI Able-Bodied Adults Without Dependents PB #13-45-OPE Carfare Distribution Process for ABAWD Work Experience Program (WEP) Participants</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center Fax* or fax to: (917) 639-0298

☞ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachments:

FIA-1021d	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Eligibility Compliance Notice
FIA-1021d (S)	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Eligibility Compliance Notice (Spanish)
FIA-1021e	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice
FIA-1021e (S)	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice (Spanish)
FIA-1021i	Notice of an Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)
FIA-1021i (S)	Notice of an Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (Spanish)
FIA-1021j	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice to Work Experience Program (WEP) Orientation
FIA-1021j (S)	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice to Work Experience Program (WEP) Orientation (Spanish)
FIA-1021k	Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)
FIA-1021k (S)	Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (Spanish)

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____

Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Eligibility Compliance Notice

In order to receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits for more than three months in a 36 month period, individuals who are determined to be Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWDs) are required to meet the ABAWD requirements (see reverse for the list of ABAWD requirements).

The Human Resources Administration (HRA) has previously sent you a Notice of Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Status (**FIA-1021**).

According to HRA records, it has been determined that you have not met the ABAWD requirements for two or more months in the last 36 months and you have not notified us that you are exempt from the ABAWD requirements. ABAWDs who do not meet the ABAWD requirements for three or more months in the last 36 months are no longer eligible to receive SNAP benefits.

If you believe that you are currently meeting the ABAWD requirements or that you are exempt from the ABAWD requirements (see reverse for a list of exemptions), you must send us proof by **March 20, 2013**. Please send the documentation to **P.O. Box 29005, Brooklyn, NY 11202-9815**. We have enclosed a business reply envelope for your convenience. If the documentation you send to us is sufficient, you will continue to receive SNAP benefits.

HRA CAN HELP YOU MEET THE ABAWD REQUIREMENTS

If you cannot provide verification that you are currently meeting the ABAWD requirements or that you are exempt from the ABAWD requirements, we can make a qualifying work activity available to you that will allow you to meet the ABAWD requirements.

If you want us to give you a qualifying work activity, please check the box below, sign and date the bottom of the form, and return it to us by **March 20, 2013**. Please send the form to **P.O. Box 29005, Brooklyn, NY 11202-9815**. We have enclosed a business reply envelope for your convenience. We will mail you an appointment notice to begin a qualifying work activity that will allow you to meet the ABAWD requirements.

YES, I would like the Agency to provide me with a qualifying work activity that will allow me to meet the ABAWD requirements.

Participant's signature: _____ **Date:** _____

If you have any questions about this notice, you may call us at **(718) 557-1367**.

FAILURE TO PROVIDE SUFFICIENT DOCUMENTATION THAT YOU ARE MEETING OR EXEMPT FROM THE ABAWD REQUIREMENTS WILL RESULT IN THE REDUCTION OR TERMINATION OF YOUR SNAP BENEFITS. IF THE DOCUMENTATION IS NOT SUFFICIENT, YOU WILL RECEIVE A NOTICE OF INTENT (NOI) TO INFORM YOU OF HOW YOUR BENEFITS WILL BE AFFECTED.

ABAWD REQUIREMENTS

- Work (including in-kind work and volunteer work) for at least 80 hours per month;
- Participate in a work/training program approved by the Human Resources Administration for at least 80 hours per month; or
- Participate in a Work Experience Program (WEP) assignment for the number of hours equal to your monthly SNAP grant divided by the minimum wage.

Documentation to verify that you are meeting any of the ABAWD requirements may include:

- Copies of pay stubs; or
- A signed letter from your employer on company letterhead indicating your monthly hours and wages; or
- A signed letter from your employer on company letterhead indicating your monthly in-kind hours worked; or
- A signed letter from the organization on official letterhead indicating the monthly hours that you perform volunteer work; or
- Proof of participation in a work training program indicating the monthly hours.

You are exempt from the ABAWD requirements if you are:

- Under 18 years of age or 50 years of age or older; or
- An adult in a SNAP household that contains a child under 18 years of age; or
- Pregnant; or
- A caretaker of an incapacitated person; or
- Physically or mentally unable to work for at least 80 hours per month; or
- Participating in a drug/alcohol treatment or rehabilitation program and deemed unable to work; or
- A recipient of Unemployment Insurance Benefits (UIB); or
- A student enrolled at least half-time in any recognized school, training program, or institution of higher education, provided you have met the student eligibility criteria; or
- An applicant for SSI and SNAP until deemed eligible or ineligible for SNAP; or
- Employed or self-employed and working for a minimum of 30 hours per week or receiving weekly earnings at least equal to the federal minimum wage times 30.

If you believe that you are exempt from the ABAWD requirements, you must send us verification of your exemption.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____

Aviso de Cumplimiento de Elegibilidad para los Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD)

Para recibir los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) por más de tres meses dentro de un período de 36 meses, las personas que son Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD) tienen que cumplir los requisitos de ABAWD (vea al dorso una lista de los requisitos de ABAWD).

Anteriormente, la Administración de Recursos Humanos (HRA) le ha enviado a usted un Aviso del Estado de Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD) (**FIA-1021 [S]**).

Según los expedientes de la HRA, se ha determinado que usted no ha cumplido los requisitos de ABAWD por dos o más meses en los últimos 36 meses y no nos ha informado que está exento(a) de los requisitos de ABAWD. Los Adultos Sanos Sin Dependientes quienes no cumplen los requisitos de ABAWD por tres meses o más durante los últimos 36 meses ya no son elegibles para recibir beneficios de SNAP.

Si usted cree que actualmente está cumpliendo los requisitos de ABAWD o que está exento(a) de los requisitos de ABAWD (vea al dorso una lista de exenciones), debe enviarnos verificación para el **20 de marzo, 2013**. Favor de enviar la verificación en el sobre con dirección del remitente que hemos adjuntado para su conveniencia a: **P.O. Box 29005, Brooklyn, NY 11202-9815**. Si la documentación enviada por usted es suficiente, usted seguirá recibiendo beneficios de SNAP.

LA HRA LE PUEDE AYUDAR A CUMPLIR LOS REQUISITOS DE ABAWD.

Si usted no puede proporcionarnos verificación de que está cumpliendo los requisitos de ABAWD o que está exento(a) de los requisitos de ABAWD, nosotros podemos crear para su beneficio una actividad de trabajo cualificadora que le permitirá cumplir los requisitos de ABAWD.

Si usted desea que le brindemos una actividad cualificadora, favor de marcar la casilla más abajo, firmar y fechar la parte inferior del formulario, y devolvérselo para el **20 de marzo de 2013**. Favor de enviar el formulario a **P.O. Box 29005, Brooklyn, NY 11202-9815** en el sobre adjunto con la dirección del remitente. Nosotros le enviaremos por correo un aviso de cita para empezar una actividad de trabajo cualificadora que le permitirá cumplir los requisitos de ABAWD.

Sí, deseo que la Agencia me brinde una actividad de trabajo cualificadora que me permitirá cumplir los requisitos de ABAWD.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Si usted tiene cualquier pregunta sobre este aviso, puede llamarnos al **(718) 557-1367**.

EL NO PROPORCIONAR SUFICIENTE DOCUMENTACIÓN QUE USTED ESTÁ CUMPLIENDO LOS REQUISITOS DE ABAWD O ESTÁ EXENTO(A) DE LOS MISMOS RESULTARÁ EN LA REDUCCIÓN O TERMINACIÓN DE SUS BENEFICIOS DE SNAP. SI LA DOCUMENTACIÓN ES INSUFICIENTE, USTED RECIBIRÁ UN AVISO DE LA INTENCIÓN (NOI) DE INFORMARLE DE CÓMO SUS BENEFICIOS SERÁ AFECTADOS.

REQUISITOS DE ABAWD

- Trabajo (incluido el trabajo en especie y de voluntario) durante por lo menos 80 horas al mes:
- Participación en un programa de trabajo/capacitación aprobado por la Administración de Recursos Humanos durante por lo menos 80 horas al mes; o
- Participación en una asignación del Programa de Experiencia Laboral (WEP) por el número de horas equivalente a su concesión de SNAP dividida por el salario mínimo.

Documentación para comprobar que usted está cumpliendo cualquiera de los requisitos de ABAWD:

- Copias de talones de paga; o
- Una carta firmada por su empleador en el membrete de la compañía que indique sus horas mensuales y salario; o
- Una carta firmada por su empleador en el membrete de la compañía que indique sus horas mensuales en especie; o
- Una carta firmada por su empleador en el membrete de la compañía que indique sus horas de trabajo de voluntario; o
- Prueba de la participación en un programa de trabajo/capacitación que indique sus horas mensuales.

Usted está exento(a) de los requisitos de ABAWD si:

- Es menor de 18 años de edad o tiene 50 años de edad o más; o
- Es un adulto en un hogar de SNAP que consta de un niño menor de 18 años de edad; o
- Está embarazada; o
- Cuida a una persona incapacitada; o
- No es apto(a) física o mentalmente para trabajar por lo menos 80 horas al mes; o
- Participa en un programa de tratamiento o rehabilitación para drogadictos o alcohólicos y se le considera no apto para trabajar; o
- Recibe Beneficios de Seguro de Desempleo (UIB); o
- Es estudiante inscrito(a) por lo menos a medio tiempo en cualquier escuela, programa de capacitación, o universidad reconocidos, siempre que haya cumplido los criterios de elegibilidad para estudiantes; o
- Está solicitando SSI y SNAP hasta ser considerado elegible o no para SNAP; o
- Está empleado o trabaja por cuenta propia por un mínimo de 30 horas a la semana o recibe ingresos semanales equivalentes por lo menos al salario mínimo federal multiplicado por 30.

Si usted cree que está exento(a) de los requisitos de ABAWD, debe enviarnos comprobante de su exención.

Date: _____
Case Number: _____
Participant Name: _____
Center: _____

Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice

You are in receipt of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits and you are an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) who is subject to the ABAWD requirements. In order for you to receive SNAP benefits for more than three months in a 36-month period, you must meet one of the following ABAWD requirements:

- Work (including in-kind and volunteer work) for at least 80 hours per month;
- Participate in a work/training program approved by the Human Resources Administration for at least 80 hours per month; or
- Participate in a Work Experience Program (WEP) assignment for the number of hours equal to your monthly SNAP grant divided by the minimum wage.

According to our records, you have not met the ABAWD requirements for two or more months in the last 36 months. Therefore, we are making a qualifying work activity available to you that will enable you to meet the ABAWD requirements. We have scheduled the following appointment for you with an employment vendor:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Vendor Name: _____
Vendor Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

For travel information, please call the New York City Transit Authority at **(718) 330-1234** or **511**.

If you are unable to keep this appointment, please contact us at the above number before your reporting time to arrange for a new appointment.

If you have a physical, mental health or learning problem that makes it difficult for you to get to this location, please call us at the number above.

FAILURE TO MEET THE ABAWD REQUIREMENTS FOR MORE THAN THREE MONTHS IN THE LAST 36 MONTHS WILL RESULT IN THE REDUCTION OR TERMINATION OF YOUR SNAP BENEFITS.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Participante: _____
Centro: _____

Aviso de Cita para los Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD)

Usted recibe beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y es un Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD) sujeto a los requisitos de ABAWD. Para poder recibir beneficios SNAP por más de tres meses durante un período de 36 meses, usted debe cumplir uno de los siguientes requisitos de ABAWD:

- Trabajar (incluido el trabajo a cambio de servicios y de voluntario) durante por lo menos 80 horas al mes;
- Participar en un programa aprobado por la Administración de Recursos Humanos de trabajo/capacitación durante por lo menos 80 horas al mes; o
- Participar en una asignación al Programa de Experiencia Laboral (WEP) por el número de horas equivalentes a su concesión mensual de (SNAP) dividida por el salario mínimo.

Según nuestros archivos, usted no ha cumplido los requisitos de ABAWD por dos meses o más durante los últimos 36 meses. Por lo tanto le estamos poniendo a su disponibilidad una actividad de trabajo cualificadora que le permitirá cumplir los requisitos de ABAWD. Le hemos programado a usted la siguiente cita con un contratista de trabajo:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
Nombre del Contratista: _____
Dirección del Contratista: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Para indicaciones de viaje, favor de llamar a la Autoridad de Tránsito de la Ciudad de Nueva York al **(718) 330-1234** o **511**.

Si usted no puede cumplir esta cita, favor de comunicarse con nosotros al número más arriba antes de la hora de su cita para programar una nueva cita.

Si usted padece de un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulte transportarse a este local, favor de llamarnos al número más arriba.

EL NO CUMPLIR LOS REQUISITOS DE ABAWD POR MÁS DE TRES MESES DURANTE LOS ÚLTIMOS 36 MESES RESULTARÁ EN LA REDUCCIÓN O TERMINACIÓN DE SUS BENEFICIOS DE SNAP.

Date: _____
Case Number: _____
Participant Name: _____
Center: _____

Notice of an Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)

You are in receipt of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits and you are an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) who is subject to the ABAWD requirements. In order for you to receive SNAP benefits for more than three months in a 36-month period, you must meet one of the following ABAWD requirements:

- Work (including in-kind and volunteer work) for at least 80 hours per month;
- Participate in a work/training program approved by the Human Resources Administration for at least 80 hours per month; or
- Participate in a Work Experience Program (WEP) assignment for the number of hours equal to your monthly SNAP grant divided by the minimum wage.

According to our records, you have not met the ABAWD requirements for two or more months in the last 36 months. Therefore, we are making a qualifying work activity available to you that will enable you to meet the ABAWD requirements. We have scheduled the following appointment for you with an employment vendor:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Vendor Name: _____
Vendor Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

For travel information, please call the New York City Transit Authority at **(718) 330-1234** or **511**.

If you are unable to keep this appointment, please contact us at the above number before your reporting time to arrange for a new appointment.

If you have a physical, mental health or learning problem that makes it difficult for you to get to this location, please call us at the number above.

In addition to offering you a qualifying work activity, the Human Resources Administration (HRA) is offering you the opportunity to voluntarily meet with an employment vendor who will assess your employment needs and provide you with the training and job search activities that will assist you in obtaining gainful employment.

If you believe that you are exempt from the work requirements (see **page 2** for exemptions), please bring documentation of your exemption to your appointment.

FAILURE TO MEET THE ABAWD REQUIREMENTS FOR MORE THAN THREE MONTHS IN THE LAST 36 MONTHS WILL RESULT IN THE REDUCTION OR TERMINATION OF YOUR SNAP BENEFITS.

You are exempt from the ABAWD requirements if you are:

- Under 18 years of age, or 50 years of age or older; or
- An adult in a SNAP household with a child under 18 years of age; or
- A caretaker of incapacitated person; or
- A pregnant woman; or
- Physically or mentally unable to work for at least 80 hours per month; or
- Participating in a drug/alcohol treatment or rehabilitation program and deemed unable to work; or
- A recipient of Unemployment Insurance Benefits (UIB); or
- A student enrolled at least half-time in any recognized school, training program, or institution of higher education, provided you have met the student eligibility criteria for SNAP; or
- An applicant for SSI and SNAP until deemed eligible or ineligible for SSI; or
- Employed or self-employed and working a minimum of 30 hours per week or receiving weekly earnings at least equal to the federal minimum wage times 30.

SAMPLE

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Participante: _____
Centro: _____

Aviso de una Oferta de Actividad de Trabajo a un Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD)

Usted recibe beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y es un Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD) sujeto a los requisitos de ABAWD. Para poder recibir beneficios de SNAP por más de tres meses en un período de 36 meses, usted debe cumplir uno de los siguientes requisitos de ABAWD:

- Trabajar (incluyendo trabajo en especie y de voluntario) durante por lo menos 30 horas al mes;
- Participar en un programa de trabajo/capacitación aprobado por la Administración de Recursos Humanos durante por lo menos 30 horas al mes; o
- Participar en una asignación del Programa de Experiencia Laboral (WEP) por el número de horas igual a su concesión mensual de SNAP dividida por el salario mínimo.

Según nuestros archivos, usted no ha cumplido los requisitos de ABAWD por dos meses o más durante los últimos 36 meses. Por lo tanto, le estamos brindando una actividad de trabajo cualificadora que le permitirá reunir los requisitos de ABAWD. Le hemos programado la siguiente cita con un contratista de empleo:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
Nombre del Contratista: _____
Dirección del Contratista: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Para indicaciones de viaje, favor de llamar a la New York City Transit Authority al **(718) 330-1234 o 511**.

Si usted no puede cumplir esta cita, favor de comunicarse con nosotros al número más arriba antes de la hora de su cita para programar una nueva cita.

Si usted tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulte trasladarse a ese local, favor de llamarnos al número más arriba.

Además de brindarle una actividad de trabajo cualificadora, la Administración de Recursos Humanos (HRA) le está brindando la oportunidad de reunirse voluntariamente con un contratista de empleo quien evaluará sus necesidades de empleo y le ofrecerá las actividades de capacitación y búsqueda de trabajo que le ayudarán a obtener un trabajo satisfactorio.

Si usted cree que está exento de los requisitos de trabajo (vea la **página 2** para las exenciones), favor de traer la documentación pertinente a su cita.

EL INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ABAWD POR MÁS DE TRES MESES DURANTE LOS ÚLTIMOS 36 MESES RESULTARÁ EN LA REDUCCIÓN O TERMINACIÓN DE SUS BENEFICIOS DE SNAP.

Usted está exento de los requisitos de ABAWD si:

- Tiene menos de 18 años de edad, o tiene 50 años o más; o
- Es un adulto en un hogar de SNAP con un niño menor de 18 años de edad; o
- Cuida a una persona incapacitada; o
- Es un mujer embarazada; o
- Es física o mentalmente incapaz de trabajar por lo menos 80 horas al mes; o
- Participa en un programa de tratamiento o rehabilitación de drogas/alcohol y se le considera incapaz de trabajar; o
- Recibe Beneficios de Seguro de Desempleo (UIB); o
- Es un estudiante inscrito a por lo menos medio tiempo en un escuela, programa de capacitación o institución de enseñanza superior reconocidos, siempre que haya reunido los requisitos de elegibilidad para estudiantes; o
- Es un solicitante de SSI y SNAP hasta que se le considere elegible o inelegible para SSI; o
- Está empleado o trabaja por cuenta propia y además trabaja un mínimo de 30 horas a la semana o recibe ingresos salariales semanales por lo menos iguales al salario mínimo federal multiplicado por 30.

SAMPLE

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____

**Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)
Appointment Notice to Work Experience Program (WEP) Orientation**

We previously informed you that we could offer you a qualifying work activity to allow you to meet the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) requirements. We are now offering you an opportunity to participate in a Work Experience Program (WEP) for the number of hours equal to your monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) grant divided by the minimum wage.

In order to get your WEP assignment, you must go to a WEP orientation that has been scheduled for you. At the WEP orientation, you will be given your WEP assignment and informed of the number of hours you must participate in order to meet the ABAWD requirements.

We have scheduled the following appointment for your WEP orientation:

Appointment Date: _____ Time: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____
Telephone: (212) 824-0632

For travel information, please call the New York City Transit Authority at **(718) 330-1234** or **511**.

If you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult for you to keep this appointment, please call **(212) 824-0632**.

**FAILURE TO MEET THE ABAWD REQUIREMENTS FOR MORE THAN THREE MONTHS IN THE LAST 36 MONTHS
MAY RESULT IN THE REDUCTION OR TERMINATION OF YOUR SNAP BENEFITS**

Do you think you are exempt from the ABAWD status?

Please contact your SNAP Center if you believe that you are exempt from these requirements because you are:

- A person under 18 years of age, or 50 years of age or older; or
- An adult in a SNAP household with a child under 18 years of age; or
- A caretaker of incapacitated persons; or
- A pregnant woman; or
- Physically or mentally unfit for employment; or
- Participating in a drug/alcohol treatment or rehabilitation program and deemed unable to work; or
- A refugee participating at least half-time in a program approved or funded by the Federal Office of Refugee Resettlement; or
- A recipient of Unemployment Insurance Benefits (UIB), or applicant for unemployment compensation and required to register for work as part of the application process; or
- A student enrolled at least half-time in any recognized school, training program, or institution of higher education, provided you have met the student eligibility criteria for SNAP or
- An applicant for SSI and SNAP until deemed eligible or ineligible for SSI; or
- Employed or self-employed and working a minimum of 30 hours per week or receiving weekly earnings at least equal to the Federal minimum wage times 30.

What happens if you become ineligible?

If you become ineligible for SNAP benefits after failing to meet the ABAWD eligibility requirements, you may re-establish eligibility by doing any one of the following:

- Verifying that you will work or participate in a work program for at least 80 hours within the 30 days following the date you applied for SNAP benefits; or
- Verifying that you have worked or participated in a work program for at least 80 hours within a consecutive 30-day period since losing your eligibility for SNAP benefits; or
- Performing job search for a minimum of 12 hours in the 30-day period following the date you applied for SNAP benefits. The 30-day job search period must be followed by a work experience program assignment in the following month if you are unable to find employment after your 30-day period of job search.

If you have re-established eligibility, you will be required to meet the ABAWD eligibility requirements in order to continue to receive SNAP benefits.

However, if you have re-established eligibility and subsequently lose a job or a work assignment, you may be eligible to receive SNAP benefits for a grace period of three consecutive months beginning with the month following the month that you notify us that you lost a job or a work assignment.

If you are currently receiving SNAP benefits and have not met the ABAWD requirements for three months in the last 36 months, but can verify that you will meet the ABAWD requirements in the next month, you will continue to receive SNAP benefits as long as you meet the ABAWD eligibility requirements.

HRA will make a qualifying work activity or training opportunity available to you, so that you may remain eligible for SNAP benefits beyond the 3-month limit.

THIS SECTION TELLS YOU WHAT TO DO IF YOU BELIEVE THAT YOU SHOULD NOT WORK OR SHOULD RECEIVE A DIFFERENT ASSIGNMENT BECAUSE OF A MEDICAL PROBLEM, OR YOU CANNOT COME TO WORK FOR ANOTHER REASON.

What if you believe that you should not be required to work because of a medical problem?

If you disagree with the determination that you are able to work, you must provide written documentation on your doctor's stationery that you are unable to work.

What if you think that you should be given a different work assignment?

If you feel that you are able to work but you are physically unable to perform the task assigned to you, you may contest the assignment as medically inappropriate. The proper way to contest an assignment is as follows:

1. Discuss any issues you have about whether the assignment is appropriate with the person who gives you the assignment or your Supervisor at the assignment. Your work site supervisor may change your assignment to another, based on any documentation you provide.
2. During the time you are contesting a work assignment, starting with your complaint to your immediate Supervisor and, if necessary, until a Fair Hearing decision is rendered, you may refuse to perform the work without immediate loss of benefits.

What if your medical condition changes in a way that affects your ability to work?

Discuss any problem related to your medical condition with your work site Supervisor and provide written documentation on your doctor's stationery that includes the doctor's name, the date, your diagnosis and prognosis, and state what work activities your condition prevents you from doing and why. The documentation must be an original, not a photocopy, and must be current.

What if you have a change in your circumstances that makes you exempt from the ABAWD work requirements?

If you have a change in your circumstances that you believe makes you exempt from the ABAWD work requirements, please report the change to your work site Supervisor and your SNAP Center.

When can you be absent from your assignment?

You do not have to report to your assignment on holidays observed by the Agency, on your days of religious observance (must be documented), or when you have "good cause."

What is "good cause" for missing a day or days of work?

"Good cause" includes circumstances beyond your control such as, but not limited to, illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

What if you cannot come to work or you are going to be late?

You must notify your Supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Give notice before your scheduled starting time. If you do not do so, you may lose benefits. When you return to your work site, you must bring any documentation that you can reasonably obtain to show why you were absent or late.

What happens when you are absent or late without good cause, fail to notify your Supervisor that you will be absent or late, or fail to provide documentation?

If you are absent or late without good cause, you will receive a notice of failure to comply with your work assignment. You may also receive a notice for failing to notify your Supervisor or failing to provide documentation. You will have the right to request a conference and/or a Fair Hearing within the time limit stated in the notice.

What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits or a Notice of Intent to change benefits?

If you receive a Notice of Intent to discontinue benefits or a Notice of Intent to change benefits because of failure to comply with your work assignment, you have a right to a Fair Hearing. Your benefits will continue unchanged, pending the Fair Hearing decision, as long as you make a request for a Fair Hearing within the time frame stated in the Notice of Intent.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____

Aviso de Cita para la Orientación del Programa de Experiencia Laboral para los Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD)

Anteriormente le informamos que le pudiéramos brindar una actividad de trabajo cualificadora para permitirle reunir los requisitos de ABAWD. Ahora nosotros estamos ofreciéndole la oportunidad de participar en el programa de experiencia laboral (WEP) por el número de horas que equivalgan a su subsidio mensual del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) dividido por el salario mínimo.

Para conseguir su asignación de WEP, usted debe participar en una orientación de WEP que se le ha programado. En la orientación de WEP, recibirá su asignación de WEP y será informado(a) del número de horas que debe participar para reunir los requisitos de ABAWD.

Nosotros le hemos programado la siguiente cita para su orientación de WEP:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (212) 824-0632

Para indicaciones de viaje, favor de llamar a la Autoridad de Tránsito de la Ciudad de Nueva York al **(718) 330-1234** o **511**.

Si usted tiene un problema físico, mental o de aprendizaje que le dificulte cumplir con esta cita, favor de llamar al **(212) 824-0632**.

NO REUNIR LOS REQUISITOS DE ABAWD POR MÁS DE TRES MESES DURANTE LOS ÚLTIMOS 36 MESES PUEDE RESULTAR EN LA REDUCCIÓN O TERMINACIÓN DE SUS BENEFICIOS DE SNAP.

¿Cree usted que está exento(a) del estado de ABAWD?

Favor de comunicarse con su Centro de SNAP si usted cree que está exento(a) de estos requisitos porque es/está:

- Una persona de 18 años o de 50 años de edad o mayor; o
- Un adulto de un hogar que recibe beneficios de SNAP con un niño menor de 18 años de edad; o
- Un proveedor de cuidado para personas incapacitadas; o
- Una mujer embarazada; o
- Una persona no apta física o mentalmente para trabajar; o
- Participando en algún tratamiento de droga/alcohol o programa de rehabilitación y que se ha determinado que no es capaz para trabajar; o
- Un refugiado que participa por lo menos a tiempo parcial en un programa aprobado o financiado por la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiado; o
- Un beneficiario de Seguro de Desempleo (UIB), o solicitante de compensación de desempleo a quien se requiere registrarse para trabajar como parte del proceso de solicitud; o
- Un(a) estudiante inscrito(a) por lo menos a tiempo parcial en cualquier centro educativo reconocido, programa de capacitación, o universidades, siempre que haya reunido los requisitos de elegibilidad para SNAP; o
- Un solicitante de SSI y SNAP hasta que se considere elegible o inelegible para recibir SSI; o
- Empleado o trabajando por cuenta propia un mínimo de 30 horas por semana o esté recibiendo ingresos semanales que por lo menos equivalgan el salario mínimo Federal por 30.

¿Qué tal si usted pierde su elegibilidad?

Si usted pierde su elegibilidad para beneficios de SNAP tras no cumplir con los requisitos de elegibilidad de ABAWD, puede restablecer la elegibilidad en las siguientes maneras:

- Confirmar que usted trabajará o participará en un programa de trabajo por lo menos 80 horas dentro de los 30 días tras presentar su solicitud para beneficios de SNAP; o
- Confirmar que usted ha trabajado o ha participado en un programa de trabajo por lo menos 80 horas dentro de un período consecutivo de 30 días tras perder su elegibilidad para beneficios de SNAP; o
- Realizar una búsqueda de trabajo por un mínimo de 12 horas durante el período de 30 días tras presentar su solicitud para beneficios de SNAP. Se debe realizar una asignación del programa de experiencia laboral en el mes siguiente, si usted no puede conseguir empleo tras el período de búsqueda de trabajo de 30 días.

Si usted ya ha restablecido su elegibilidad, se le obligará cumplir con los requisitos de elegibilidad de ABAWD para seguir recibiendo beneficios de SNAP.

Sin embargo, si usted ha restablecido su elegibilidad y posteriormente pierde su empleo o asignación de trabajo, puede ser elegible para recibir beneficios de SNAP por un período de gracia de tres meses consecutivos, a partir del mes tras habernos informado que ha perdido su empleo o asignación de trabajo.

Si usted actualmente está recibiendo beneficios de SNAP y no ha cumplido con los requisitos de ABAWD durante tres (3) de los últimos 36 meses, pero puede confirmar que cumplirá con los requisitos de ABAWD el mes siguiente, seguirá recibiendo los beneficios de SNAP, siempre que cumpla con los requisitos de elegibilidad de ABAWD.

La HRA pondrá a su disposición una actividad de trabajo cualificada u oportunidad de capacitación, para que usted pueda seguir elegible para beneficios de SNAP tras el límite de tres (3) meses.

ESTA SECCIÓN LE INFORMA A USTED QUÉ DEBE HACER SI CREE QUE NO DEBERÍA TRABAJAR O QUE DEBERÍA RECIBIR OTRA ASIGNACIÓN A RAÍZ DE UN PROBLEMA MÉDICO, O SI NO PUEDE REPORTARSE AL TRABAJO POR OTRA RAZÓN.

¿Qué tal si cree que a usted no se le debería obligar a trabajar a raíz de un problema médico?

Si usted no está de acuerdo con la determinación que es capaz de trabajar, debe proveer documentación escrita que no es capaz de trabajar en el membrete de su médico(a).

¿Qué tal si usted cree que se le debería dar otra asignación de trabajo?

Si usted estima que es capaz de trabajar, pero no es apto físicamente para llevar a cabo la tarea que le asignaron, puede disputar la asignación como médicamente inadecuada. La manera correcta de disputar una asignación sigue a continuación:

1. Trate cualquier problema que tenga acerca de la propiedad de la asignación con la persona que le da la asignación a usted o con el/la Supervisor(a) de la asignación. Basado en cualquier documentación que usted nos provea, el/la Supervisor(a) puede cambiar su asignación.
2. Durante el tiempo en que usted está disputando una asignación de trabajo, a partir de la queja a su Supervisor(a) directo(a) y, de ser necesario, hasta que se haya tomado una decisión en la Audiencia Imparcial, usted puede dejar de realizar el trabajo sin una pérdida inmediata de sus beneficios.

¿Qué tal si su condición médica se cambia de manera que afecte su capacidad de trabajar?

Hable con el/la Supervisor(a) acerca de cualquier problema relacionado con su condición médica, y provea documentación por escrito en el membrete de su médico(a), que incluya el nombre del médico, la fecha, su diagnóstico y pronóstico, y una declaración de cuáles actividades se le dificulten a raíz de su condición y por qué. La documentación debe ser el original, no fotocopiada, y debe ser actual.

¿Qué tal si sus circunstancias han cambiado, y como resultado usted ya está exento(a) de los requisitos de trabajo de SNAP?

Si sus circunstancias han cambiado y usted cree que ya está exento(a) de los requisitos de trabajo de SNAP, favor de reportar el cambio al/la Supervisor(a) del local de trabajo y a su Centro de SNAP.

¿Cuándo puede usted faltar a su asignación?

Usted no se tiene que presentar a su asignación los días feriados observados por la Agencia, en sus días de observancia religiosa (se tienen que ser documentados), o cuando tenga "motivo justificado".

¿En qué consiste "motivo justificado" para faltar a un día o días de trabajo?

"Motivo justificado" se incluye las circunstancias que son ajenas de su voluntad como, pero no limitadas a, enfermedad, emergencia familiar, servicio de jurado, las citas en la HRA, o la falta de transporte. "Motivo justificado" también incluye las entrevistas para empleo a tiempo completo o parcial.

¿Qué tal si usted no puede venir al trabajo o si va a llegar tarde?

Usted debe informarle a su Supervisor(a) por teléfono tan pronto sepa que va a estar ausente o llegar tarde. Avisenos antes de su hora programada de comienzo. De lo contrario, usted puede perder sus beneficios. Cuando vuelva al local de trabajo, usted debe traer cualquier documentación obtenible de manera razonable para mostrar el motivo de su ausencia o tardanza.

¿Qué tal si usted está ausente o llega tarde sin motivo justificado, no puede informarle al/la Supervisor(a) que estará ausente o llegará tarde, o no puede proveer documentación?

Si usted está ausente o llega tarde sin motivo justificado, recibirá un aviso del incumplimiento de su asignación de trabajo. También puede recibir un aviso por no haber informado al/la Supervisor(a) o por no haber proveído documentación. Usted tendrá el derecho de solicitar una conferencia y/o una Audiencia Imparcial dentro del límite de tiempo indicado en el aviso.

¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar sus beneficios o un Aviso de la Intención de cambiar sus beneficios?

Si usted recibe un Aviso de Intención de discontinuar sus beneficios o un Aviso de la Intención de cambiar sus beneficios, a raíz de no cumplir con su asignación de trabajo, usted tiene el derecho a una Audiencia Imparcial. Sus beneficios seguirán sin cambios, pendiente la decisión de la Audiencia Imparcial, siempre que solicite la Audiencia Imparcial antes de la fecha límite indicada en el Aviso de Intención.

Date: _____
Case Number: _____
Participant Name: _____
Center: _____

Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)

You are in receipt of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits and you are an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) who is subject to the ABAWD requirements. In order for you to receive SNAP benefits for more than three months in a 36-month period, you must meet one of the following ABAWD requirements:

- Work (including in-kind and volunteer work) for at least 80 hours per month;
- Participate in a work/training program approved by the Human Resources Administration for at least 80 hours per month; or
- Participate in a Work Experience Program (WEP) assignment for the number of hours equal to your monthly SNAP grant divided by the minimum wage.

According to our records, you are not currently meeting the ABAWD requirements. Therefore, we are making a qualifying work activity available to you that will enable you to meet the ABAWD requirements. We have scheduled the following appointment for you with an employment vendor:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Vendor Name: _____
Vendor Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

For travel information, please call the New York City Transit Authority at **(718) 330-1234** or **511**.

If you are unable to keep this appointment, please contact us at the above number before your reporting time to arrange for a new appointment.

If you have a physical, mental health or learning problem that makes it difficult for you to get to this location, please call us at the number above.

In addition to offering you a qualifying work activity, the Human Resources Administration (HRA) is offering you the opportunity to voluntarily meet with an employment vendor who will assess your employment needs and provide you with the training and job search activities that will assist you in obtaining gainful employment.

If you believe that you are exempt from the work requirements (see **page 2** for exemptions), please bring documentation of your exemption to your appointment.

FAILURE TO MEET THE ABAWD REQUIREMENTS FOR MORE THAN THREE MONTHS IN THE LAST 36 MONTHS WILL RESULT IN THE REDUCTION OR TERMINATION OF YOUR SNAP BENEFITS.

You are exempt from the ABAWD requirements if you are:

- Under 18 years of age, or 50 years of age or older; or
- An adult in a SNAP household with a child under 18 years of age; or
- A caretaker of incapacitated person; or
- A pregnant woman; or
- Physically or mentally unable to work for at least 80 hours per month; or
- Participating in a drug/alcohol treatment or rehabilitation program and deemed unable to work; or
- A recipient of Unemployment Insurance Benefits (UIB); or
- A student enrolled at least half-time in any recognized school, training program, or institution of higher education, provided you have met the student eligibility criteria for SNAP; or
- An applicant for SSI and SNAP until deemed eligible or ineligible for SSI; or
- Employed or self-employed and working a minimum of 30 hours per week or receiving weekly earnings at least equal to the federal minimum wage times 30.

SAMPLE

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Participante: _____
Centro: _____

Oferta de Actividad de Trabajo a un Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD)

Usted recibe beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y es un Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD) sujeto a los requisitos de ABAWD. Para poder recibir beneficios de SNAP por más de tres meses en un período de 36 meses, usted debe cumplir uno de los siguientes requisitos de ABAWD:

- Trabajar (incluyendo trabajo en especie y de voluntario) durante por lo menos 30 horas al mes;
- Participar en un programa de trabajo/capacitación aprobado por la Administración de Recursos Humanos durante por lo menos 30 horas al mes; o
- Participar en una asignación del Programa de Experiencia Laboral (WEP) por el número de horas igual a su concesión mensual de SNAP dividida por el salario mínimo.

Según nuestros archivos, actualmente usted no está reuniendo los requisitos de ABAWD. Por lo tanto, le estamos brindando una actividad de trabajo cualificadora que le permitira reunir los requisitos de ABAWD. Le hemos programado la siguiente cita con un contratista de empleo:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
Nombre del Contratista: _____
Dirección del Contratista: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Para indicaciones de viaje, favor de llamar a la New York City Transit Authority al **(718) 330-1234** o **511**.

Si usted no puede cumplir esta cita, favor de comunicarse con nosotros al número más arriba antes de la hora de su cita para programar una nueva cita.

Si usted tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulte trasladarse a ese local, favor de llamarnos al número más arriba.

Además de brindarle una actividad de trabajo cualificadora, la Administración de Recursos Humanos (HRA) le está brindando la oportunidad de reunirse voluntariamente con un contratista de empleo quien evaluará sus necesidades de empleo y le ofrecerá las actividades de capacitación y búsqueda de trabajo que le ayudarán a obtener un trabajo satisfactorio.

Si usted cree que está exento de los requisitos de trabajo (vea la **página 2** para las exenciones), favor de traer la documentación pertinente a su cita.

EL INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ABAWD POR MÁS DE TRES MESES DURANTE LOS ÚLTIMOS 36 MESES RESULTARÁ EN LA REDUCCIÓN O TERMINACIÓN DE SUS BENEFICIOS DE SNAP.

Usted está exento de los requisitos de ABAWD si:

- Tiene menos de 18 años de edad, o tiene 50 años o más; o
- Es un adulto en un hogar de SNAP con un niño menor de 18 años de edad; o
- Cuida a una persona incapacitada; o
- Es un mujer embarazada; o
- Es física o mentalmente incapaz de trabajar por lo menos 80 horas al mes; o
- Participa en un programa de tratamiento o rehabilitación de drogas/alcohol y se le considera incapaz de trabajar; o
- Recibe Beneficios de Seguro de Desempleo (UIB); o
- Es un estudiante inscrito a por lo menos medio tiempo en un escuela, programa de capacitación o institución de enseñanza superior reconocidos, siempre que haya reunido los requisitos de elegibilidad para estudiantes; o
- Es un solicitante de SSI y SNAP hasta que se le considere elegible o inelegible para SSI; o
- Está empleado o trabaja por cuenta propia y además trabaja un mínimo de 30 horas a la semana o recibe ingresos salariales semanales por lo menos iguales al salario mínimo federal multiplicado por 30.

SAMPLE