



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 #14-01-OPE

INCORRECT MAILING OF ABAWD NOTICE

Date: January 3, 2014	Subtopic(s): Mailing
<p>  This procedure can now be accessed on the FIAweb. </p> <p>  Please use Print on Demand to obtain copies of forms. </p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Non Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Center staff that the Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (FIA-1021K) was inadvertently mailed by Management Information Services (MIS) to certain individuals that are not subject to the ABAWD requirements.</p> <p>MIS mailed these individuals the Important Notice (FIA-1094p) which informed them that the Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) with an appointment scheduled for either December 30, 2013 or December 31, 2013, was sent to them in error and that they should disregard that appointment notice.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Attachments:</p> <p>FIA-1021K (E) Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (7/11/2013)</p> <p>FIA-1021K (S) Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (Spanish) (7/11/2013)</p> <p>FIA-1094p (E) Important Notice</p> <p>FIA-1094p (S) Important Notice (Spanish)</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

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 igual es al salario mínimo federal multiplicado por 30.

SAMPLE

Date: _____

Case Number: _____

Participant Name: _____

Important Notice

The Human Resources Administration recently sent you a notice titled "Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)" to come in for an appointment with an employment vendor. The appointments were scheduled for Monday, December 30, 2013 or Tuesday, December 31, 2013.

The notice was sent to you in error. **Please disregard the notice.**

The appointment that was scheduled for you has been cancelled.

You **DO NOT** have to appear for that appointment and no action is being taken as a result of the notice.

We apologize for any inconvenience this may have caused you.

If you have any questions, please call **(718) 557-1399**.

SAMPLE

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Participante: _____

Aviso Importante

La Administración de Recursos Humanos recientemente le ha enviado a usted un aviso titulado "Oferta de Actividad de Trabajo a un Adulto Sano sin Dependientes (ABAWD)" para presentarse a una cita con un contratista de trabajo. Las citas fueron programadas para el lunes 30 de diciembre del 2013 o el martes 31 de diciembre del 2013.

El aviso le fue enviado a usted por error. **Favor de hacer caso omiso del aviso.**

La cita programada para usted ha sido cancelada.

Usted **NO** tiene que presentarse a esa cita y no se tomará ninguna medida como resultado del aviso.

Nos disculpamos por cualquier inconveniencia que le hayamos causado a usted.

Ante cualquier pregunta, favor de llamar al **(718) 557-1399**.