



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 #14-52-ELI

WAIVER OF THE ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD) WORK REQUIREMENTS

*(This Policy Bulletin Obsoletes PD #13-05-ELI,
PB #13-14-ELI, PB #13-45-OPE, and PB #13-71-OPE)*

Date: May 13, 2014	Subtopic(s): SNAP Eligibility
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>See Fax Flash 14/22.</p> <p>Revised FIA-1021.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Non Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Center staff that the Agency has accepted a waiver of the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) work requirements. The waiver is effective May 6, 2014.</p> <p>As a result of the acceptance of this waiver, ABAWDs will not be subject to the ABAWD work requirements at this time and until further notice. ABAWDs who have lost SNAP eligibility will not be required to meet the ABAWD reestablishment requirements in order to become eligible for SNAP benefits upon reapplication.</p> <p>As of May 8, 2014 the attempted use of case denial, case closing, individual denial or individual removal code F94 (ABAWD) has been disabled in SNAP POS.</p> <p>The ABAWD Compliance Calendar that was created by Management Information Systems (MIS) and programmed into SNAP POS to track ABAWD compliance is not visible to staff starting May 12, 2014.</p> <p>The Notice of Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Status (FIA-1021) has been revised and will be mailed by MIS to all ABAWDs. The revised FIA-1021 informs ABAWDs that since the Agency has accepted the ABAWD waiver, they are not required to meet the ABAWD work requirements at this time.</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

The **FIA-1021** will continue to be mailed to ABAWDs upon acceptance to receive recurring SNAP benefits, recertification to receive continued SNAP benefits, and whenever a SNAP participant becomes an ABAWD outside of application and recertification.

The following forms have been created as a result of the acceptance of the waiver of the ABAWD work requirements:

- Cancellation of Your Work Experience Program (WEP) Assignment Due to the Waiver of the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Requirements (**FIA-1021L**)
- Cancellation of Your Appointment / Termination of Your Participation With a Back to Work (B2W) Employment Vendor (**FIA-1021M**)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Eligibility Re-Determination Based on Acceptance of the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Requirements (**FIA-1021n**)
- You May be Eligible to Receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (**FIA-1021o**)

The **FIA-1021L** will be mailed by MIS to all ABAWDs who have been participating in a WEP assignment or recently referred to a WEP assignment to inform the ABAWD clients that their upcoming appointment or current assignment has been cancelled.

The **FIA-1021M** will be mailed by MIS to all ABAWDs who are currently enrolled with a B2W employment vendor or who have a scheduled appointment with the employment vendor. The **FIA-1021M** informs ABAWDs that their appointment with a B2W employment vendor has been cancelled and that if they are currently participating in a B2W program, they may continue to participate until July 31, 2014.

The **FIA-1021n** will be mailed by MIS to all individuals who were denied or lost eligibility for SNAP benefits in May 2014 due to failure to meet the ABAWD work requirements. These individuals will have their SNAP eligibility re-determined and will be notified of that decision in the mail

The **FIA-1021o** will be mailed by MIS to all individuals who were denied or lost eligibility for SNAP benefits (and currently are not in receipt of SNAP benefits) during the period March 2013 through April 2014 due to failure to meet the ABAWD work requirements. The **FIA-1021o** informs these individuals to reapply for SNAP benefits.

If the individual who was denied or lost eligibility for SNAP benefits resides in a household that is currently in receipt of SNAP benefits, he/she should ask the individual in their household who receives SNAP benefits to contact his/her SNAP Center to determine if the previously denied individual is eligible to be added to their SNAP case.

Workers must continue to assign individuals who are determined to be ABAWDs the employability code **WR**. Workers can use the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Work Rules and Exemptions Desk Guide ABAWD Work Requirements (**W-138G**) to assist in determining an individual's employability code.

All mailings of the **FIA-1021**, **FIA-1021L**, and the **FIA-1021M** will include the SNAP E&T Venture Provider Directory (**Attachment A**). The Directory lists the organizations throughout New York City that offer free employment focused education and training services to assist SNAP participants in finding employment.

Mailings of the **FIA-1021o** will include the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines (**W-138Q**) and the SNAP Documentation Guide (**W-129G**).

As a result of the Agency's acceptance of the ABAWD waiver, the following ABAWD related forms are now obsolete:

- Notice of Need to Reestablish Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Eligibility (**FIA-1021a**)
- Declaration of Job Search Activities (**FIA-1021b**)
- Appointment Notice to Work Experience Program Orientation (**FIA-1021c**)
- 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**)
- Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Experience Program (WEP) Assignment Letter (**FIA-1095**)
- NCA WEP Carfare Log (**FIA-1095a**)

- Notice of Continued or Change in Work Experience Program Schedule for Supplemental Nutrition Assistance Program Participants (**FIA-1095b**)

NCA SNAP Center Directors must ensure that all previous versions of Form **FIA-1021** are removed from circulation and recycled.

Samples of the revised, new, and obsolete forms are attached.

Effective Immediately

Reference:

7 CFR 273.24(f)

Related Item:

[Fax Flash 14/22](#) ABAWD F94 Closing/Rejection Code Disabled in POS Today 05-08-14

Attachments:

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

- Attachment A** SNAP E&T Venture Provider Directory
- FIA-1021 (E)** Notice of Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Status (5/13/14)
- FIA-1021 (S)** Notice of Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Status (Spanish) (5/13/14)
- FIA-1021L (E)** Cancellation of Your Work Experience Program (WEP) Assignment Due to Waiver of the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Requirements
- FIA-1021L (S)** Cancellation of Your Work Experience Program (WEP) Assignment Due to Waiver of the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Requirements (Spanish)
- FIA-1021M (E)** Cancellation of Your Appointment / Termination of Your Participation With a Back to Work (B2W) Vendor
- FIA-1021M (S)** Cancellation of Your Appointment / Termination of Your Participation With a Back to Work (B2W) Vendor (Spanish)
- FIA-1021n (E)** Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Eligibility Re-Determination Based on Acceptance of the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Requirements

FIA-1021n (S)	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Eligibility Re-Determination Based on Acceptance of the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Requirements (Spanish)
FIA-1021o (E)	You May be Eligible to Receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits
FIA-1021o (S)	You May be Eligible to Receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (Spanish)
FIA-1021a (E)	Notice of Need to Reestablish Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Eligibility (Obsolete)
FIA-1021a (S)	Notice of Need to Reestablish Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Eligibility (Spanish) (Obsolete)
FIA-1021b (E)	Declaration of Job Search Activities (Obsolete)
FIA-1021b (S)	Declaration of Job Search Activities (Spanish) (Obsolete)
FIA-1021c (E)	Appointment Notice to Work Experience Program Orientation (Obsolete)
FIA-1021c (S)	Appointment Notice to Work Experience Program Orientation (Spanish) (Obsolete)
FIA-1021d (E)	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Eligibility Compliance Notice (Obsolete)
FIA-1021d (S)	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Eligibility Compliance Notice (Spanish) (Obsolete)
FIA-1021e (E)	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice (Obsolete)
FIA-1021e (S)	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice (Spanish) (Obsolete)
FIA-1021i (E)	Notice of an Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (Obsolete)
FIA-1021i (S)	Notice of an Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (Spanish) (Obsolete)
FIA-1021j (E)	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice to Work Experience Program (WEP) Orientation (Obsolete)
FIA-1021j (S)	Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Appointment Notice to Work Experience Program (WEP) Orientation (Spanish) (Obsolete)
FIA-1021K (E)	Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (Obsolete)

- FIA-1021K (S)** Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (Spanish) (Obsolete)
- FIA-1095 (E)** Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Experience Program (WEP) Assignment Letter (Obsolete)
- FIA-1095 (S)** Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Experience Program (WEP) Assignment Letter (Spanish) (Obsolete)
- FIA-1095a (E)** NCA WEP Carfare Log (Obsolete)
- FIA-1095b (E)** Notice of Continued or Change in Work Experience Program Schedule for Supplemental Nutrition Assistance Program Participants (Obsolete)
- FIA-1095b (S)** Notice of Continued or Change in Work Experience Program Schedule for Supplemental Nutrition Assistance Program Participants (Spanish) (Obsolete)

SNAP E&T VENTURE PROVIDER DIRECTORY

Organization	Target Population	Industries/Jobs	Address	Telephone	Hours of Operation
Agudath Israel of America Community Services	<ul style="list-style-type: none"> Immigrants with limited English proficiency 	<ul style="list-style-type: none"> ESL classes 	225 Broadway New York, NY 10007	(212) 809-5935 ext. 301	Monday to Thursday: 9:30 AM to 5:30 PM Friday: 9:30 AM to 1:00 PM
Bedford Stuyvesant Restoration Corporation (CWE Consortium)	<ul style="list-style-type: none"> Adults (over 18) Veterans 	<ul style="list-style-type: none"> Adult Basic Education GED/ESL Basic Computer Literacy Microsoft Certification, Computer Repair Administrative Assistant/ Office Support Security Medical Billing Retail Food Service Home Health Aide 	1406 Fulton Street Brooklyn, NY 11216 Note: located inside the Restoration Plaza (across from Duane Reade)	(718) 636-6994	Monday, Wednesday, Friday: 9:00 AM to 5:00 PM Tuesday and Thursday: 9:00 AM to 8:00 PM
Business Center Outreach Network, Inc. (Venture III provider & CWE Consortium)	<ul style="list-style-type: none"> Adults (over 18) Limited English proficiency Low income individuals, unemployed/underemployed 	<ul style="list-style-type: none"> Child Care Assistant Biodiesel Depot Helper 	85 South Oxford Street, 2nd fl. Brooklyn, NY 11217	(718) 624-9115	Monday to Friday 9:30 AM to 5:30 PM
CAMBA, Inc.	<ul style="list-style-type: none"> Unemployed/under employed adults and parents Young adults (18-24) 	<ul style="list-style-type: none"> Security Customer service 	2211 Church Avenue Brooklyn, NY 11230	(718) 282-0108	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
Center for Employment Opportunities, Inc.	<ul style="list-style-type: none"> Formerly incarcerated individuals currently on New York State parole 	<ul style="list-style-type: none"> Warehouse operations Construction: OSHA certification 	32 Broadway New York, NY 10004	(212) 422-4430 ext.203	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
Central Queens YM & YWHA	<ul style="list-style-type: none"> Unemployed/under employed parents Out of school youth (16-24) Limited English proficiency (Arabic, Chinese, Georgian, Russian, Spanish) 	<ul style="list-style-type: none"> Emergency Medical Technician Pharmacy Technician CNA Home Health Aide Medical Billing Certified Security Guard GED 	67-09 108th Street Forest Hills, NY 11375	(718) 268-5011 ext. 168	Monday to Friday: 9:00 AM to 9:00 PM

Attachment A

Organization	Target Population	Industries/Jobs	Address	Telephone	Hours of Operation
Chinatown Manpower Project, Inc.	<ul style="list-style-type: none"> • Immigrants with limited English proficiency • Young adults (19-21) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bookkeeping • Nursing Assistant • Home Health Aide • ESL 	70 Mulberry Street, 3rd fl. New York, NY 10013 37-43-77th Street, 2nd fl. Jackson Heights, NY 11372 35-56 159 Street, Flushing, NY 11358	(212) 571-1690 (Manhattan) (718) 478-3848 (Jackson Heights) (718) 939-6137 (Flushing)	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
East Harlem Employment Services d/b/a STRIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Ex-offenders • Non-custodial fathers 	<ul style="list-style-type: none"> • Green construction • Office/Administrative Support • Customer Service 	240 East 123rd Street, 3rd fl. New York, NY 10035	(212) 360-1100	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
East River Development Alliance d/b/a Urban Upbound (CWE Consortium)	<ul style="list-style-type: none"> • Unemployed adults (over 18) 	<ul style="list-style-type: none"> • Job readiness • General labor • Office administration/ support • Retail • Direct Care Work • Human Resources (all industries) 	38-81 13th Street, Long Island City, NY 11101	(718) 784-0877 ext. 6	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
Edith and Carl Marks Jewish Community House of Bensonhurst	<ul style="list-style-type: none"> • Immigrants with limited English proficiency • Young adults (16-24) • Unemployed/under employed individuals 	<ul style="list-style-type: none"> • Certified Home Health Aide (HHA) • Medical Billing and Coding • Accounting/QuickBooks • Computer/Excel • Executive Secretary 	2164 78th Street, Cellar Room 1, Brooklyn, NY 11214	(718) 943-6306	Monday to Thursday: 9:00 AM to 5:00 PM Friday: 9:00 AM to 3:00PM
El Barrios Operation Fight Back Inc.	<ul style="list-style-type: none"> • Limited English proficiency (Spanish) • Unemployed/under employed parents 	<ul style="list-style-type: none"> • Certified Home Health Aide 	413 East 120th Street, Suite 401 New York, NY 10035	(212) 427-7080 ext. 126	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
Exodus Transitional Community, Inc. (CWE Consortium)	<ul style="list-style-type: none"> • Eligible youth • Underemployed • Ex-offenders 	<ul style="list-style-type: none"> • Job readiness • Food Service • Hospitality • Retail • Customer Service • Maintenance • Office Manager 	2271 3rd Avenue, 2nd fl. New York, NY 10035	(917) 492-0990 ext. 211	Monday to Friday 8:45 AM to 4:45 PM

Attachment A

Organization	Target Population	Industries/Jobs	Address	Telephone	Hours of Operation
Federation Employment and Guidance Services (FEGS)	<ul style="list-style-type: none"> • Ex-offenders • Substance abuse history • Low literacy, limited English • Young adults (16-24) • Non-custodial parents • Unemployed/underemployed 	<ul style="list-style-type: none"> • ABE / ASE • GED preparation • Internships • Job readiness • Employment assistance • College access services 	412-424 East 147th Street, 4th fl. Bronx, NY 10455	(718) 742-3506	Walk-in intake every Thursday at 1:00 PM. Program operates Monday to Thursday: 9:00 AM to 7:00 PM Friday: 9:00 AM to 5:00 PM.
Henry Street Settlement	<ul style="list-style-type: none"> • NYC residents and adults (over 18) 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenance, security, hospitality / food service, retail 	99 Essex Street, 3rd fl. New York, NY 10002	(212) 478-5400.	Monday to Friday: 9:00 AM to 6:00 PM
Highbridge Community Life Center, Inc.	<ul style="list-style-type: none"> • Unemployed/under employed parents • Young adults (18-24) • Limited English proficiency • Individuals without a High School Diploma 	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse Aide training • Phlebotomy, EKG, Patient Care Technician • GED • ABE / ESL 	1438 Ogden Avenue Bronx, NY 10452	(646) 393-9533	Monday to Friday: 9:00 AM to 8:00 PM
Jewish Community Council of Greater Coney Island, Inc.	<ul style="list-style-type: none"> • Recent Immigrants • Limited English proficiency • SNAP Recipients 	<ul style="list-style-type: none"> • General Office work • Bookkeeping – QuickBooks, Microsoft Word • Real Estate Sales 	3001 West 37th Street Brooklyn, NY 11224-1479	(718) 449-5000 (646) 265-9201	Monday to Thursday: 9:00 AM to 5:00 PM Friday: 9:00 AM to 1:00 PM And by appointment
Kingsborough Community College	<ul style="list-style-type: none"> • Limited English proficiency • Unemployed/underemployed parents • Young adults (18-24) • Ex-offenders 	<ul style="list-style-type: none"> • Healthcare – CCMA, EKG, Phlebotomy, CNA • Medical billing • EMT • Pharmacy Technician • Accounting • PCT for CNA 	2001 Oriental Blvd, Room T-231 Brooklyn, NY 11235	(718) 368-4870 ext. 5268	Office hours: Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM Program hours: Monday to Thursday: 9:00 AM to 10:00 AM Friday to Sunday: 9:00 AM to 5:00 PM
LaGuardia Community College	<ul style="list-style-type: none"> • English language learners • Immigrant nurses 	<ul style="list-style-type: none"> • Home Health Aide • Registered Nurses (licensed in home countries) 	29-10 Thomson Avenue Center for Immigrant Education & Training, Room C-239 East Long Island City, NY 11101	(718) 482-5460	Office hours: Monday to Thursday: 10:30 AM to 6:30 PM

Attachment A

Organization	Target Population	Industries/Jobs	Address	Telephone	Hours of Operation
LEAP, Inc. d/b/a Brooklyn Workforce Innovations	<ul style="list-style-type: none"> • Ex-offenders • Substance abuse history • Young adults (21-24) • Veterans • Unemployed/ under employed adults 	<ul style="list-style-type: none"> • Network cable installation • CDL (commercial driver) • Woodworking • Security • Production Assistant training 	621 Degraw Street Brooklyn, NY 11217 151 5th Avenue Brooklyn, NY 11217 125 8th Street Brooklyn, NY 11215	Cable installation: (718) 237-2017 Extension 149 CDL Program (718) 237-4846 Woodworking (718) 389-3636	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
Long Beach Adult Learning Center	<ul style="list-style-type: none"> • Unemployed/underemployed adults • Adults without a high school diploma • Young adults (18-24) • Limited English proficiency 	<ul style="list-style-type: none"> • Medical • Food service • Technology • ESOL / GED • EDP high school diploma program 	500 Centre Street Long Beach, NY 11561	(516) 889-5575	Monday to Friday: 9:00 AM to 2:00 PM Monday to Wednesday: 6:30 PM to 9:30 PM
Lutheran Family Health Center	<ul style="list-style-type: none"> • Limited English proficiency • Eligible youth (16-24) • Individuals with history of work limitations 	<ul style="list-style-type: none"> • Child Development Associate • Community Health Worker • Culinary Arts Certificate • Food Services Certificate • Manufacturing 	6025 6th Avenue Brooklyn, NY 11220	(718) 630-7266	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
Manhattan Educational Opportunity Center – Borough of Manhattan Community College	<ul style="list-style-type: none"> • Unemployed/underemployed • Low literacy • No high school diploma • English Language Learning (2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Computer Technician • Nonprofit/Administrative Assistant • Security • Home Health Aide • CNA • Electronic Health Records 	Adam Clayton Powell State Office Building 163 West 125th Street New York, NY 10027	(212) 961-4049	Monday to Thursday: 9:00 AM to 8:00 PM Friday: 9:00 AM to 5:00PM Fall/Spring: Limited Saturdays
New York Urban League (CWE Consortium)	<ul style="list-style-type: none"> • Dislocated workers • Underemployed • Adults (18+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Retail Management and Operations Certification 	3008 Eastchester Road Bronx, NY 10469	(718) 944-3734	Monday to Friday: 9:30 AM to 5:30 PM
Northern Manhattan Improvement Corporation	<ul style="list-style-type: none"> • SNAP Recipients 	<ul style="list-style-type: none"> • Construction • Building maintenance and repair • Home Health Aide 	76 Wadsworth Avenue New York, NY 10033	(212) 822-8359	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM

Attachment A

Organization	Target Population	Industries/Jobs	Address	Telephone	Hours of Operation
Opportunities for a Better Tomorrow	<ul style="list-style-type: none"> Unemployed/under employed adults (19+) 	<ul style="list-style-type: none"> Home Health Aide 	280 Wyckoff Avenue Brooklyn, NY 11237	(718) 381-3222	Monday to Friday: 9:00 AM to 4:00 PM
Paraprofessional Healthcare Institute, Inc.	<ul style="list-style-type: none"> Unemployed/under employed adults (18+) 	<ul style="list-style-type: none"> Home care industry: Home Health Aide Jobs 	400 East Fordham Road, 11th fl. Bronx, NY 10458	(718) 993-7104 ext 4129	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
Per Scholas	<ul style="list-style-type: none"> NYC Residents Adults (19+) Minimum education requirements: high school diploma or GED Minimum TABE assessment (administered onsite) of 10.0 on math and reading Interest in learning about information technology 	<ul style="list-style-type: none"> Information technology Typical positions: Helpdesk analyst, network engineer, technology driver, cable installer, support specialist, and software tester 	804 East 138th Street, 2nd fl. Bronx, NY 10454	(718) 585-4945	Monday to Friday: 9:00 AM to 6:00 PM Potential students should attend a walk-in information session held Monday to Friday at 9:00 AM
Research Foundation of CUNY / Bronx Community College / Bronx EOC	<ul style="list-style-type: none"> Low income Unemployed/underemployed Low literacy Limited English proficiency Individuals without a high school diploma 	<ul style="list-style-type: none"> Adult Basic Education ESL Pre-GED GED Preparation Direct Support Professional (DSP) Medical Assistant (MA) Job Placement Services for our Graduates 	1666 Bathgate Avenue Bronx, NY 10457	(718) 530-7039 (718) 530-7002	Monday to Friday: 8:00 AM to 6:00 PM Classes: Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
Research Foundation of SUNY / Brooklyn Community College / Brooklyn EOC	<ul style="list-style-type: none"> Underemployed/unemployed Individuals without a high school diploma Substance abuse history Work limitation Limited English proficiency Ex-offenders Homeless Eligible youth and adults 16 years of age and older 	<ul style="list-style-type: none"> Medical Assisting Medical E-Records and Office Administration Hospitality Operations and Management Skills & Employment Training Beginning GED Pre-GED GED Preparation ESOL 	111 Livingston Street Brooklyn, NY 11201 (enter on Boerum Place)	(718) 802-3300 (General Number) (718) 802-3358 (Admissions Office)	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM Evening classes offered Monday, Wednesday & Friday: 6:00 PM to 9:00 PM

Attachment A

Organization	Target Population	Industries/Jobs	Address	Telephone	Hours of Operation
Restaurant Opportunities Center of New York	<ul style="list-style-type: none"> • Skilled Individuals • Survivors of Domestic Violence • Veterans • Formerly Incarcerated • Former Food Service Workers • Participation in SNAP and/or receiving Safety Net Assistance 	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurant/Hospitality 	275 Seventh Avenue Suite 1703 New York, NY 10001	212-343-1771	Monday to Friday 9:30 AM to 6:00 PM, except Tuesdays 9:30 AM to 4:00 PM
Ridgewood Bushwick Senior Citizens Council Community Empowerment Center	<ul style="list-style-type: none"> • Adults (18+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Security • Home Health Aide • CNA 	90 Beaver Street Brooklyn, NY 11206	(718) 366-4300 Ext. 1607	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
Riverside Language Program	<ul style="list-style-type: none"> • Recently arrived and documented adult immigrants, refugees, applicants for political asylum, and permanent residence 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive ESOL and world of work preparation 	91 Claremont Avenue New York, NY 10027 Note: between Broadway and Riverside Drive, between West 120th and 122nd Streets, in Riverside Church	(212) 662-3200 Ext. 0	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
St. Nicks Alliance	<ul style="list-style-type: none"> • Individuals with limited formal education or low educational achievement • Low literacy • Adults (22+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Environmental Remediation Technician (ERT): Environmental/Construction/Hazardous Waste Removal • Commercial Truck Driver License Class B (CDL/Bus/Truck Driver/Paratransit Worker) • Integrated Pest Control Management/Technician/Exterminator 	790 Broadway, 2nd fl. Brooklyn, NY 11206	(718) 302-2057	Monday to Thursday: 9:00 AM to 9:00 PM Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
The Fortune Society	<ul style="list-style-type: none"> • Ex-offenders 	<ul style="list-style-type: none"> • Green construction • Building performance • Environmental remediation 	29-76 Northern Blvd. Long Island City, NY 11101	(347) 510-3439 (347) 510-3687 (718) 517-7943	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM

Attachment A

Organization	Target Population	Industries/Jobs	Address	Telephone	Hours of Operation
The HOPE Program (CWE Consortium)	<ul style="list-style-type: none"> • Unemployed/underemployed 	<ul style="list-style-type: none"> • Building services • Retail • Healthcare • Food service 	1 Smith Street, 4th fl. Brooklyn, NY 11201	(718) 852-9307	Monday to Friday: 9:00 AM to 5:00 PM
Year Up, Inc.	<ul style="list-style-type: none"> • Disconnected young adults unemployed/underemployed (18-24) • High School diploma/ GED holders 	<ul style="list-style-type: none"> • IT Helpdesk Technician • Financial operations analyst • Quality Assurance software tester 	55 Exchange Place New York, NY 10005 9 Dekalb Avenue Brooklyn, NY 11201	(212) 785-3340 Ask for Andre Gomez	Monday to Friday: 8:30 AM to 6:00 PM

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

Notice of Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Status

The Human Resources Administration (HRA) has determined that you are an Able-Bodied Adult without Dependents (ABAWD) because you are subject to the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) work requirements and you are:

- 18 years of age or older, but under 50 years of age;
- Not pregnant;
- Not residing in a SNAP household that contains a child under 18 years of age; and
- Physically and mentally able to work for at least 80 hours per month.

Please contact your SNAP Center and inform them that you are **not** an ABAWD if you are:

- Under 18 years of age, or 50 years of age or older;
- Pregnant;
- Residing in a SNAP household that contains a child under 18 years of age;
- Physically or mentally unfit for employment;
- A caretaker of an incapacitated person;
- Participating in a drug/alcohol treatment or rehabilitation program;
- In receipt of Unemployment Insurance Benefits;

What does being an ABAWD mean you have to do?

Since the New York City Human Resources Administration has accepted a waiver of the ABAWD work requirements, there are currently no work requirements to continue to receive SNAP benefits.

Will you be notified if this waiver is no longer in effect?

Yes. If you are still considered an ABAWD when the waiver of the ABAWD work requirements expires, HRA will notify you of your work requirements to continue to receive SNAP benefits.

What are the ABAWD work requirements?

ABAWDs are required to either work for at least 80 hours per month, participate in a work/training program for at least 80 hours per month, or comply with a work experience program assignment in order to receive SNAP benefits for more than three months in a 36 month period. However, since HRA accepted a waiver of the ABAWD work requirements, you do not have to meet these requirements at this time.

Are there any employment or training opportunities available?

Yes. SNAP participants are encouraged to take advantage of the free services offered through the State-contracted SNAP Employment and Training (E&T) Venture Program. These free services will help you gain skills that employers seek in today's job market. Various organizations throughout New York City have been selected to provide SNAP E&T participants these opportunities. We have enclosed a SNAP E&T Venture Provider Directory that lists these organizations. If you have any questions about the services they provide, you may call them directly or visit them during their hours of operation.

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

Aviso de Estado de Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD)

La Administración de Recursos Humanos (HRA) ha determinado que usted es Adulto Sano sin Dependientes (ABAWD) porque está sujeto a los requisitos de empleo del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y usted:

- Tiene 18 años de edad o más, pero menos de 50 años de edad;
- No está embarazada;
- No reside en un hogar de SNAP con un niño menor de 18 años de edad; y
- Es apto física y mentalmente para trabajar por lo menos 80 horas al mes.

Por favor comuníquese con su Centro de SNAP e infórmeles que usted **no** es ABAWD si:

- Tiene menos de 18 años de edad, o 50 años de edad o más;
- Está embarazada;
- Reside en un hogar de SNAP con un(a) niño(a) con menos de 18 años de edad;
- Es física o mentalmente inepto para trabajar;
- Es proveedor de cuidado a personas incapacitadas;
- Participa en algún tratamiento de droga/alcohol o programa de rehabilitación;
- Es beneficiario de Seguro de Desempleo (UIB);

¿Qué tiene que hacer usted si es ABAWD?

Dado que la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York ha aceptado una excusa de los requisitos de trabajo de ABAWD, actualmente no hay requisitos de trabajo para seguir recibiendo los beneficios de SNAP.

¿Se le avisará a usted si esta excusa ya no está vigente?

Sí. Si usted aún sigue siendo ABAWD cuando se venza la exención de los requisitos de trabajo del mismo programa, la HRA le avisará de los requisitos de trabajo para seguir recibiendo los beneficios de SNAP.

¿Cuáles son los requisitos de trabajo de ABAWD?

Se requiere que las personas ABAWD o trabajen por lo menos 80 horas mensuales, participen en un programa de trabajo/capacitación por un mínimo de 80 horas mensuales, o cumplan con una asignación del programa de experiencia laboral para recibir los beneficios de SNAP por más de tres meses durante un plazo de 36 meses. Sin embargo, dado que la HRA ha aceptado una excusa de los requisitos de trabajo de ABAWD, no tiene que reunir estos requisitos en este momento.

¿Hay disponibles oportunidades de empleo o capacitación?

Sí. Se insta a los participantes de SNAP a que se aprovechen de los servicios gratuitos brindados mediante el Programa Venture de Empleo y Capacitación de SNAP contratado por el Estado. Estos servicios gratuitos le ayudarán a usted a desarrollar aptitudes cotizadas por los empleadores en el mercado laboral de hoy día. Varias organizaciones en la Ciudad de Nueva York han sido seleccionadas para brindar estas oportunidades a los participantes de SNAP E&T. Hemos adjuntado un Directorio de Proveedores de Venture de SNAP E&T que lista estas organizaciones. Si usted tiene cualquier pregunta sobre los servicios brindados, puede llamar directamente a estas organizaciones o visitarlas durante hora laborables.

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

**Cancellation of Your Work Experience Program (WEP) Assignment
Due to the Waiver of the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)
Work Requirements**

You were previously notified that you are an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) subject to work requirements that you had to meet to be eligible to receive ongoing Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits.

We are writing to let you know that the New York City (NYC) Human Resources Administration (HRA) has accepted the ABAWD waiver. **THIS WAIVER EXEMPTS YOU FROM THE ABAWD WORK REQUIREMENTS.**

AS A RESULT OF THIS CHANGE, THE WORK EXPERIENCE PROGRAM (WEP) ASSIGNMENT IN WHICH YOU HAVE BEEN PARTICIPATING, OR THAT YOU WERE RECENTLY OFFERED, HAS BEEN CANCELLED. YOU NO LONGER NEED TO REPORT TO YOUR WEP ASSIGNMENT.

If the ABAWD waiver expires and you are still an ABAWD at that time, HRA will notify you of what you need to do to continue to receive SNAP benefits.

If you are also participating in a Back to Work (B2W) Program, you may continue to participate until July 31, 2014.

You can still take advantage of the free services offered through the State-contracted SNAP Employment and Training (E&T) Venture Program. These free services will help you gain skills that employers seek in today's job market. Various organizations throughout NYC have been selected to provide SNAP E&T participants these opportunities. We have enclosed a SNAP E&T Venture Provider Directory that lists these organizations. If you have any questions about the services they provide, you may call them directly or visit them during their hours of operation.

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

**Cancelación de su Asignación del Programa de Experiencia Laboral (WEP)
 Debido a la Excusa de los Requisitos de Trabajo
 para los Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD)**

Se le notificó previamente que usted es Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD) sujeto a los requisitos de trabajo, los cuales tuvo que satisfacer para ser elegible para beneficios continuos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Por el presente le informamos que la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York (NYC) ha aceptado la excusa de ABAWD. **ESTA EXCUSA LE EXIME A USTED DE LOS REQUISITOS DE TRABAJO DE ABAWD.**

A RAÍZ DE ESTE CAMBIO, SE HA CANCELADO LA ASIGNACIÓN DEL PROGRAMA DE EXPERIENCIA LABORAL (WEP) EN LA CUAL USTED HA ESTADO PARTICIPANDO, O QUE SE LE OFRECIÓ RECIENTEMENTE. USTED YA NO NECESITA PRESENTARSE A SU ASIGNACIÓN DE WEP.

Si se vence la excusa de ABAWD y usted aún es ABAWD en ese momento, la HRA le informará de lo que tiene que hacer para seguir recibiendo los beneficios de SNAP.

Si usted también está participando en un Programa de Vuelta al Trabajo (B2W), puede seguir participando en el mismo hasta el 31 de julio del 2014.

Usted aún puede aprovechar los servicios gratuitos ofrecidos mediante el Programa de Venture de Empleo y Capacitación (E&T) de SNAP, contratado por el Estado. Estos servicios gratuitos le ayudarán a desarrollar aptitudes cotizadas por los empleadores en el mercado laboral actual. Se han seleccionado varias organizaciones en la Ciudad de Nueva York para brindar estas oportunidades a los participantes de SNAP E&T. Hemos adjuntado un Directorio de Proveedores de SNAP E&T que lista estas organizaciones. Si usted tiene cualquier pregunta sobre los servicios brindados por dichas organizaciones, puede llamarlas directamente o visitarlas durante horas laborables.

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

**Cancellation of Your Appointment / Termination of Your Participation
With a Back to Work (B2W) Employment Vendor**

You were previously notified that you are an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) subject to work requirements that you had to meet to be eligible to receive ongoing Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits.

We are writing to let you know that the New York City (NYC) Human Resources Administration (HRA) has accepted the ABAWD waiver. **THIS WAIVER EXEMPTS YOU FROM THE ABAWD WORK REQUIREMENTS.**

AS A RESULT OF THIS CHANGE, YOUR APPOINTMENT WITH A BACK TO WORK (B2W) EMPLOYMENT VENDOR HAS BEEN CANCELLED.

IF YOU ARE CURRENTLY PARTICIPATING IN A B2W PROGRAM, YOU MAY CONTINUE TO PARTICIPATE UNTIL JULY 31, 2014.

If the ABAWD waiver expires and you are still an ABAWD at that time, HRA will notify you of what you need to do to continue to receive SNAP benefits.

You can take advantage of the free services offered through the State-contracted SNAP Employment and Training (E&T) Venture Program. These free services will help you gain skills that employers seek in today's job market. Various organizations throughout NYC have been selected to provide SNAP E&T participants these opportunities. We have enclosed a SNAP E&T Venture Provider Directory that lists these organizations. If you have any questions about the services they provide, you may call them directly or visit them during their hours of operation.

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Centro: _____

Nombre del Participante _____

Cancelación de su Cita / Terminación de su Participación con un Contratista de Empleo de Vuelta al Trabajo (B2W)

Nosotros le informamos anteriormente que usted es Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD) sujeto a los requisitos de trabajo, los cuales tenía que reunir para ser elegible para beneficios continuos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Por el presente le informamos que la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York (NYC) ha aceptado la excusa de ABAWD. **ESTA EXCUSA LE EXIME A USTED DE LOS REQUISITOS DE VUELTA AL TRABAJO (B2W).**

A RAÍZ DE ESTE CAMBIO, SE HA CANCELADO SU CITA CON UN CONTRATISTA DE TRABAJO DE VUELTA AL TRABAJO (B2W).

SI USTED ESTÁ ACTUALMENT PARTICIPANDO EN UN PROGRAMA DE B2W, PUEDE SEGUIR PARTICIPANDO HASTA EL 31 DE JULIO DEL 2014.

Si se vence la excusa de ABAWD y usted aún es ABAWD en ese momento, la HRA le informará de lo que tiene que hacer para seguir recibiendo los beneficios de SNAP.

Usted aún puede aprovechar los servicios gratuitos ofrecidos mediante el Programa de Venture de Empleo y Capacitación (E&T) de SNAP contratado por el Estado. Estos servicios gratuitos le ayudarán a desarrollar las aptitudes cotizadas por los empleadores en el mercado laboral actual. Se han seleccionado varias organizaciones en toda la Ciudad de Nueva York para brindar estas oportunidades a los participantes de SNAP E&T. Hemos adjuntado un Directorio de los Proveedores Venture de SNAP E&T que lista estas organizaciones. Si usted tiene cualquier pregunta sobre los servicios que brindan, puede llamarlas directamente o visitarlas durante horas laborables.

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

**Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Eligibility Re-determination
Based on Acceptance of the Waiver of the Able-Bodied Adult Without Dependents
(ABAWD) Work Requirements**

According to our records, an action was processed in May 2014 that made you ineligible to receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits because you failed to meet the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) work requirements. However, as a result of this Agency's acceptance of the waiver of the ABAWD work requirements effective May 2014, we are re-evaluating your SNAP eligibility. You will receive a revised decision notice once our review is completed.

SAMPLE

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

Redeterminación de Elegibilidad para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) basada en la Aprobación de la Excusa de los Requisitos Laborales de Adulto Sano sin Dependientes (ABAWD)

Según nuestros archivos, se efectuó un trámite en mayo del 2014 a raíz del cual usted perdió su elegibilidad para beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) porque usted no reunió los requisitos laborales de Adulto Sano sin Dependiente (ABAWD). Sin embargo, dada la aprobación de la excusa de los requisitos laborales de ABAWD por parte de esta Agencia a partir de mayo del 2014, nosotros estamos reevaluando su elegibilidad para SNAP. Usted recibirá un aviso de la decisión revisada una vez que se lleve a cabo nuestra revisión.

SAMPLE

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

You May be Eligible to Receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits

According to our records, you were previously denied eligibility for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits because you failed to meet the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) work requirements.

We are informing you that this Agency has accepted a waiver of the ABAWD work requirements effective May 2014. If you are still in need of SNAP benefits, we encourage you to reapply. We have enclosed the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines (**W-138Q**) which lists the current income guidelines and all the methods in which you may apply for SNAP benefits.

We have also enclosed the SNAP Documentation Guide (**W-129G**) which lists some of the more common documents that can be used to verify each of the applicable eligibility factors.

If you reside in a household that is currently in receipt of SNAP benefits, you do not need to file a new application. You should ask the individual in your household who receives SNAP benefits to contact his/her SNAP Center to determine if you are eligible to be added to their SNAP case.

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

Usted Puede Reunir los Requisitos para Recibir los Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Según nuestros archivos, a usted se le denegó anteriormente su elegibilidad para los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) porque no reunió los requisitos laborales de Adulto Sano sin Dependientes (ABAWD).

Nosotros le estamos notificando que esta Agencia ha aprobado una excusa de los requisitos laborales de ABAWD a partir de mayo del 2014. Si usted aún necesita los beneficios de SNAP, le alentamos a que vuelva a presentar solicitud. Hemos adjuntado la Pauta de Ingreso Salarial de SNAP (**W-138Q**) que lista la pauta de ingreso salarial actual y todos los modos en que usted puede presentar solicitud para beneficios de SNAP.

También hemos adjuntado el Directorio de Documentación para SNAP (**W-129G**), que lista algunos de los documentos más comunes para verificar cada uno de los factores de elegibilidad aplicables.

Si usted es miembro de un hogar que actualmente recibe los beneficios de SNAP, no necesita presentar una nueva solicitud. Usted debe pedirle al miembro de su hogar que recibe los beneficios de SNAP que se comunique con su Centro de SNAP para determinar si usted reúne los requisitos para ser añadido a su caso de SNAP.

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

**Notice of Need to Reestablish
Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Eligibility
(For Non Cash Assistance [NCA] Supplemental Nutrition
Assistance Program [SNAP] Applicants Only)**

The Human Resources Administration (HRA) has determined that you are an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) because you are subject to the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) work rules and you are:

- 18 years of age or older but under 50 years of age;
- Not pregnant;
- Not residing in a SNAP household that contains a child under 18 years of age; and
- Physically and mentally able to work for at least 80 hours per month.

As an ABAWD, in order to be eligible to receive SNAP benefits for more than three months in a 36 month period, you are required to:

- Work (including in-kind work and volunteer work) for at least 80 hours a month;
- Participate in a work/training program approved by HRA for at least 80 hours a 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.

HRA has also determined that you have already received at least three months of SNAP benefits in the most recent 36 months while not complying with any of the above requirements. You are currently ineligible to receive SNAP benefits unless you reestablish eligibility under the ABAWD eligibility rules. You may reestablish eligibility by:

- Verifying that you will work or participate in a work/training program for at least 80 hours within the 30 day period following the date you filed your SNAP application;
- Verifying that you have worked or participated in a work/training 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 filed your SNAP application. If you are unable to find employment by the end of the 30 day job search period, you must be enrolled in a work experience program assignment as soon as you are determined eligible to receive SNAP benefits.

If you are reestablishing SNAP eligibility by performing job search for a minimum of 12 hours in the 30 day period following the date you filed your SNAP application, please use the Declaration of Job Search Activities (**FIA-1021b**) to record your job search activities.

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Centro: _____

Nombre: _____

Aviso de la Necesidad de Restablecer Elegibilidad de los Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD)

(Sólo para los Solicitantes del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria [SNAP] de No Asistencia en Efectivo [NCA])

La Administración de Recursos Humanos (HRA) ha determinado que usted es un Adulto Sanos Sin Dependientes (ABAWD) porque usted está sujeto a las reglas de trabajo del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y además usted

- tiene 18 años de edad o más, pero tiene menos de 50 años de edad;
- no está embarazada;
- no reside en un hogar de SNAP que consta de un niño menor de 18 años de edad; y
- es apto(a) física y mentalmente para trabajar por lo menos 80 horas al mes.

Como ABAWD, a fin de ser elegible para recibir beneficios de SNAP por más de tres meses durante un período de 36 meses, usted debe:

- trabajar (incluyendo trabajo en especie y de voluntario) por lo menos 80 horas al mes;
- participar en un programa de trabajo/capacitación aprobado por la HRA por lo menos 80 horas al mes; o
- participar en una asignación del programa de experiencia laboral (WEP) por el número de horas que equivalgan a su asignación mensual de SNAP dividida por el salario mínimo.

Además, la HRA ha determinado que usted ya ha recibido por lo menos tres meses de beneficios de SNAP durante los más recientes 36 meses, mientras que no cumplía ninguno de los requisitos más arriba. Actualmente, usted es inelegible para recibir beneficios de SNAP, a menos que restablezca elegibilidad conforme a las reglas de elegibilidad de ABAWD. Usted puede reestablecer elegibilidad:

- Confirmando que trabajará o participará en un programa de trabajo/capacitación por lo menos 80 horas dentro del período de 30 días a partir de la fecha en que usted presentó su solicitud de SNAP;
- Confirmando que usted ha trabajado o ha participado en un programa de trabajo/capacitación por lo menos 80 horas dentro de un período de 30 días consecutivos, tras haber perdido su elegibilidad para beneficios de SNAP; o
- Realizando una búsqueda de trabajo por un mínimo de 12 horas durante el período de 30 días a partir de la fecha en que usted presentó su solicitud de SNAP. Si usted no puede conseguir empleo para el final del período de 30 días de búsqueda de trabajo, usted debe estar inscrito(a) en una asignación del programa de experiencia laboral, tan pronto se determine que usted es elegible para recibir beneficios de SNAP.

Si usted está restableciendo su elegibilidad para SNAP realizando una búsqueda de trabajo por un mínimo de 12 horas durante el período de 30 días tras la fecha en que usted presentó su solicitud de SNAP, favor de utilizar la Declaración de Actividades de Búsqueda de Trabajo (**FIA-1021b [S]**) para anotar sus actividades de búsqueda de trabajo.

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

Declaration of Job Search Activities

In order to reestablish eligibility for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits under the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) eligibility rules, you may perform job search for a minimum of 12 hours in the 30 day period following the filing of your SNAP application. Please use the log below to record your job search activity. To reestablish SNAP eligibility by performing job search, you must complete, sign, and return this form as soon as you have performed a minimum of 12 hours of job search, but no later than: _____.

Note: Use this form only if you are unable to reestablish SNAP eligibility by verifying that you will either work for at least 80 hours within the 30 day period following the date you filed your SNAP application or that you have worked for at least 80 hours within a consecutive 30 day period since losing your eligibility for SNAP benefits.

OBSOLETE

Date of Contact	Name and Address of Employer	Person Contacted (if applicable)	Telephone number/ e-mail / website (as applicable)	Time spent on contact*

*Include time spent searching for employment on websites, databases, and help wanted ads and any travel time spent for job interviews.

In signing this Declaration of Job Search Activities, I certify that the above information is correct. I understand that if I am unable to find employment during the 30 day job search period, and I am determined otherwise eligible for SNAP benefits, I will be placed in a work experience program assignment in the following month in order to maintain my eligibility to receive SNAP benefits.

 Applicant signature

 Date

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Conference: _____
Telephone Number: _____

Appointment Notice to Work Experience Program Orientation (For Newly Accepted ABAWDs)

In order to reestablish your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) eligibility under the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) eligibility rules, you recently sent us the Declaration of Job Search Activities (**FIA-1021b**). On the **FIA-1021b**, you attested that you satisfied the eligibility reestablishment requirement of completing a minimum of 12 hours of job search activities in the 30 day period since you filed your application for SNAP benefits.

Since we have accepted your application for SNAP benefits and you have not informed us that you have found employment as a result of your job search activities, you must be enrolled in a work experience program assignment this month.

We have scheduled the following appointment for your work experience program orientation:

Appointment Date: _____ Time: _____

Address: 109 East 16th Street, 9th Floor

City: New York State: NY Zip: 10003

Telephone: _____

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

**FAILURE TO KEEP THIS APPOINTMENT MAY RESULT IN THE REDUCTION
OR TERMINATION OF YOUR HOUSEHOLD'S 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.

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Conference and Fair Hearing Section – Do You Think We Are Wrong?

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the conference telephone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing. If you only ask for a conference, your benefits will not stay the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State Fair Hearing. (See the Continuing Your Benefit[s] section.)

STATE FAIR HEARING

How to ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**
- (5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/eah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative, either a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the hearing officer a written letter, signed.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files that we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files that you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the telephone number/address listed on **page 1** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before the date of this notice, until a Fair Hearing decision is issued.

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the timeframe indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice for work activity assignment issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by telephone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Large rectangular box for providing reasons for a Fair Hearing request. A large blue watermark reading "OBSOLETE" is overlaid on this section.

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Numero de Teléfono de Conferencia: _____

Aviso de Cita para Asignación del Programa de Experiencia Laboral (Para los ABAWDs recién aceptados)

Para restablecer su elegibilidad del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) conforme a las reglas de elegibilidad de Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD), usted recién nos envió la Declaración de Actividades de Búsqueda de Trabajo (**FIA-1021b (S)**). En el **FIA-1021b (S)**, usted atestiguó que satisfizo el requisito del restablecimiento de elegibilidad completando un mínimo de 12 horas de actividades de búsqueda de trabajo en el período de 30 días desde presentar su solicitud para beneficios de SNAP.

Puesto que hemos aceptado su solicitud para beneficios de SNAP, y usted no nos ha informado que se ha conseguido trabajo como resultado de sus actividades de búsqueda de trabajo, debe inscribirse este mes en una asignación del programa de experiencia laboral.

Nosotros hemos programado la cita a continuación para que usted pueda comenzar su asignación del programa de experiencia laboral:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____

Dirección: 109 East 16th Street, 9th Floor

Ciudad: New York Estado: NY Código Postal: 10003

Teléfono: _____

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

**EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA CITA PUEDE RESULTAR EN LA REDUCCIÓN
O TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SNAP PARA SU HOGAR**

¿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 dificultan 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. Avísenos 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.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y
AUDIENCIAS IMPARCIALES DE ESTE AVISO PARA INDICACIONES DE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales – ¿Cree Usted que Estamos Equivocados?

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de conferencias que aparece en **la primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en **la primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial. Si sólo solicita una conferencia, sus beneficios no se mantendrán sin cambios durante su apelación. Sus beneficios se mantendrán sin cambios sólo si solicita una Audiencia Imparcial Estatal. (Refiérase a la sección Mantenimiento de Su[s] Beneficio[s].)

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Como Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201
(Por favor guarde una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar en la Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta al Funcionario de la Audiencia informándole de que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "Lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en **la primera página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s): Si nuestra decisión ha afectado sus beneficios y usted pide una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días desde la fecha de este aviso, le restauraremos sus beneficios al nivel que estaban antes de este aviso, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial.

Por favor tenga presente que si solicita sólo una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial, dentro del plazo indicado en la sección Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s), sus beneficios no permanecerán los mismos.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado repase nuestra decisión, debe solicitar un Audiencia Imparcial dentro de (90) días desde la fecha del aviso de asuntos de asignaciones de actividades de trabajo.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la Agencia es errónea porque:

OBSELETE

Nombre en
letra de molde: _____ Número de Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____
Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

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.

OBSOLETE

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 80 horas al mes;
- Participar en un programa de trabajo/capacitación aprobado por la Administración de Recursos Humanos durante por lo menos 80 horas al mes; o
- Participar en una asignación del Programa de Experiencia Laboral (WEF) 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.

OBSOLETE

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.

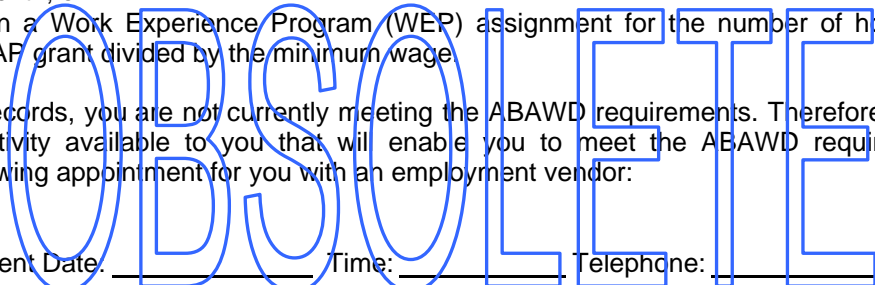
Date: _____
Case Number: _____
Participant Name: _____
Center: _____

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.

OBSOLETE

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 80 horas al mes;
- Participar en un programa de trabajo/capacitación aprobado por la Administración de Recursos Humanos durante por lo menos 80 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 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.

OBSOLETE

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

Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Experience Program (WEP) Assignment Letter

You have been assigned to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Experience Program (WEP) activity. The total number of hours you are required to participate in this activity every month is _____ hours. You will receive carfare at your WEP Assignment. **For travel directions, please call 511.**

Please bring a Photo ID and your Human Resources Administration Common Benefit Identification Card (CBIC) card.

WORK EXPERIENCE PROGRAM (WEP) ASSIGNMENT	
WEP Start Date:	Monthly WEP hours: WEP Site Code:
Name of WEP Site:	OBSOLETE
WEP Site Address:	
Contact Person:	
Telephone:	

THREE MONTH SCHEDULE					
APRIL	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
Date					
Arrival time					
Departure time					
Total hours					
Number of Metro Cards					
MAY	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
Date					
Arrival time					
Departure time					
Total hours					
Number of Metro Cards					
JUNE	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
Date					
Arrival time					
Departure time					
Total hours					
Number of Metro Cards					

I have received a copy of this assignment and carfare for my return trip home and to my arrival for my assignment on _____.

Participant Signature: _____ Date: _____

FAILURE TO KEEP THIS APPOINTMENT OR FAILURE TO PARTICIPATE AS REQUIRED
MAY RESULT IN THE REDUCTION/TERMINATION OF YOUR SNAP BENEFITS

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

Carta de Asignación del Programa de Experiencia Laboral (WEP) para Adultos Sanos sin Dependientes (ABAWD)

Usted ha sido asignado(a) a una actividad del Programa de Experiencia Laboral (WEP) para Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD).

El número total de horas mensuales que usted está obligado(a) a participar en esta actividad es _____.

Usted recibirá dinero para transporte en su Asignación de WEP. **Para indicaciones de viaje favor de llamar al 511.**

Favor de traer una identificación con foto al igual que su Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes (CBIC) de la Administración de Recursos Humanos.

ASIGNACIÓN DEL PROGRAMA DE EXPERIENCIA LABORAL (WEP)			
Fecha de Comienzo de WEP:	Horas Mensuales de WEP:	Código del Local de WEP:	Local de WEP:
Nombre del Local de WEP:			
Dirección del Local de WEP:			
Persona Contacto:		Teléfono:	

OBSOLETE

HORARIO TRIMENSUAL					
ABRIL	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Fecha					
Hora de entrada					
Hora de salida					
Horas totales					
Número de Metro Cards					
MAYO	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Fecha					
Hora de entrada					
Hora de salida					
Horas totales					
Número de Metro Cards					
JUNIO	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Fecha					
Hora de entrada					
Hora de salida					
Horas totales					
Número de Metro Cards					

He recibido una copia de esta asignación al igual que dinero para transporte para mi viaje de vuelta a la casa y para mi entrada a la asignación de WEP el _____.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

NCA WEP Carfare Log

#	CASE NUMBER	CASE NAME	CARFARE AMOUNT	PARTICIPANT SIGNATURE	DATE OF DISTRIBUTION	SITE LOCATION	COMMENTS
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

OBSOLETE

Date: _____

Case Number: _____

Participant Name: _____

Center: _____

Notice of Continued or Change in Work Experience Program Schedule for Supplemental Nutrition Assistance Program Participants

You are participating in a Work Experience Program (WEP) activity. The assigned hours are determined by the amount of your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefit divided by the higher of the State or federal minimum wage. If there is more than one Able Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) also participating in a WEP activity, the maximum allowable WEP hours for the entire household is divided equally among those individuals.

Your assigned number of monthly work hours for the next three months remains the same at _____

There was a change in one of the factors used to determine your maximum allowable WEP hours. Therefore, the total number of hours per month that you are required to participate in a WEP activity in order to meet the ABAWD requirements has changed.

Previous hours _____ Increase or Decrease _____ New Hours _____

Your new WEP activity schedule below is effective _____

OBSOLETE

THREE MONTH SCHEDULE					
	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
Date(s)					
Arrival time					
Departure time					
Total hours					
	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
Date(s)					
Arrival time					
Departure time					
Total hours					
	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
Date(s)					
Arrival time					
Departure time					
Total hours					

I have received a copy of this assignment.

Participant Signature _____

Date _____

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Participante: _____

Centro: _____

Aviso de Continuación o Cambio en el Horario del Programa de Experiencia Laboral para los Participantes del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria

Usted está participando en una actividad del Programa de Experiencia Laboral (WEP). Las horas asignadas se determinan por la cantidad de sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) dividida por la mayor de las cantidades del salario mínimo Estatal o Federal. Si hay más que un Adulto Sano sin Dependientes (ABAWD) participando en una actividad de WEP, el máximo permisible de las horas para todo el hogar se divide igualmente entre esas personas.

Su número asignado de horas laborales mensuales para los próximos tres meses sigue el mismo, o sea _____

Se ha cambiado uno de los factores usados para determinar el máximo de sus horas laborales de WEP. Por lo tanto, se ha cambiado el total del número de horas mensuales que usted tiene que participar en una actividad de WEP para reunir los requisitos de ABAWD.

Horas anteriores _____ Incremento o Reducción _____ Nuevas horas _____

Su horario nuevo de actividad de WEP más abajo entra en vigor el _____

HORARIO DE TRES MESES					
	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Fecha(s)					
Hora de llegada					
Hora de salida					
Total de horas					
	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Fecha(s)					
Hora de llegada					
Hora de salida					
Total de horas					
	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Fecha(s)					
Hora de llegada					
Hora de salida					
Total de horas					

He recibido una copia de esta asignación.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____