**Solicitud de exención del límite de tiempo de SNAP Time Limit**

Las reglas del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (“SNAP”) limitan a la mayoría de adultos entre las edades de 18 y 49 años y sin dependientes a 3 meses de beneficios de SNAP en un período de 36 meses. Designamos a estos individuos “adultos capacitados sin dependientes menores de edad”, o “ABAWD” por el acrónimo en inglés. Hemos determinado que usted es un(a) ABAWD. Para recibir beneficios por más de 3 meses, un ABAWD tiene que trabajar, participar en un programa de empleo y entrenamiento, y/o prestar servicio voluntario por un promedio de 20 por semana, o participar en un programa de “workfare”. Bajo ciertas circunstancias, un ABAWD podría estar exento de estas reglas. Por favor use este formulario para informarnos sobre su situación para poder nosotros determinar si usted está exento(a) de, o si ya está cumpliendo con, los requisitos de trabajo para ABAWD.

**Sección 1:** Información de Cliente

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número ID de cliente

**Sección 2:** Marque **todo lo que aplique a usted** y denos la información solicitada.

[ ]  Estoy trabajando por lo menos un promedio de 20 horas por semana, incluyendo autoempleo.

Denos **una** de estas verificaciones:

[ ]  Talonarios de sueldo de las 4 semanas más recientes, o

[ ]  Una carta firmada y fechada en el membrete de su empleador con el horario anticipado de trabajo para usted y el pago por hora, o

[ ]  Prueba de su autoempleo.

[ ]  Yo estoy incapacitado(a) física o mentalmente para trabajar 20 horas por semana. Esto podría ser debido a un impedimento físico o mental, incluyendo adicción al alcohol o drogas.

Le daremos un formulario de Reporte Médico de SNAP ABAWD para que lo haga completar y lo devuelva a nosotros. Alternativamente, usted puede someter otra forma de prueba de parte de su proveedor médico o de salud mental declarando que usted no tiene la capacidad de trabajar 20 horas por semana.

[ ]  Yo estoy en un programa de tratamiento de abuso de sustancias.

Nombre del programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le daremos un formulario de Reporte Médico de SNAP ABAWD para que lo haga completar y lo devuelva a nosotros. Tiene que mostrar su participación en el programa de tratamiento.

[ ]  Yo estoy embarazada.

Denos prueba de que usted está embarazada.

[ ]  Yo estoy sin hogar (estoy viviendo en la calle o en un refugio, o no sé dónde dormiré cada noche de manera previsible).

Denos **una** de estas verificaciones:

[ ]  Una carta de un(a) trabajador(a) social declarando que usted está sin hogar, o

[ ]  Prueba de que usted está quedando en un refugio para personas sin hogar.

[ ]  Yo vivo con un(a) niño(a) menor de 18 años. (Esto puede ser su propio(a) hijo(a) o hermano(a), o hijo/hija de otra familia con la cual usted reside y compra y prepara su comida.)

Nombre y edad del/de la menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Yo estoy cuidando a una persona incapacitada. (La persona no tiene que vivir con usted.)

Nombre de la persona a quien cuida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Díganos lo que usted hace para esta persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Yo estoy en un programa de entrenamiento para empleo.

Nombre del programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horas que asiste al programa cada semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denos prueba de su participación en el programa de entrenamiento para empleo.

[ ]  Yo asisto a una escuela por lo menos a medio tiempo.

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denos prueba de que asiste a la escuela por lo menos a medio tiempo.

[ ]  Yo estoy recibiendo compensación por desempleo o he solicitado compensación por desempleo.

[ ]  Yo recibo beneficios por discapacidad de una fuente de gobierno o privada.

Ejemplos de beneficios de gobierno incluyen beneficios del Seguro Social por discapacidad, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y beneficios por discapacidad pagados por el Depto. de Asuntos de Veteranos de EEUU. Ejemplos de beneficios privados por discapacidad incluyen ciertas pensiones, Compensación de Trabajador y pagos de seguros de discapacidad.

¿Cuál beneficio recibe usted? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Estoy prestando servicio voluntario o trabajo de “servicio comunitario”.

Denos prueba de lugar donde usted realiza el trabajo de voluntario. La prueba tiene que incluir:

[ ]  el número de teléfono y dirección donde usted trabaja de voluntario(a)

 [ ]  el número (promedio) de horas que sirve de voluntario(a) cada mes

[ ]  la firma de un funcionario y la fecha.

**Sección 3:** Firma de cliente

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Envíe este formulario y cualquier información de comprobación a:

The DSS ConneCT Scanning Center

PO Box 1320

Manchester CT 06045-1320

Asegúrese de incluir su número ID de cliente en cada documento que usted nos envíe.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete [el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf), (AD-3027) que está disponible en línea en: <http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf>. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture

 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

NOTE: Un cliente o solicitante de SNAP puede presentar una queja de derechos civiles o programática al gobierno Federal en cualquier momento dentro de 180 días naturales a partir del evento en que se base su queja.  Esto puede ser adicional a cualquier queja presentada al nivel Estatal, siempre que el fundamento sea uno de los ocho fundamentos protegidos por ley Federal para SNAP.

Personas sordas o con dificultad auditiva y que tengan un dispositivo TTD/TTY pueden comunicarse con DSS al 1-800-842-4524. Personas ciegas o con impedimento de visión, pueden comunicarse con DSS al 1-860-424-5040.