



Estado de Connecticut Departamento de Servicios Sociales

W-1460S
(Rev 10/24)

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 54 años y Que no tienen 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 horas por semana, o participar en un programa de asistencia laboral “workfare”.

Bajo ciertas circunstancias, un ABAWD podría estar exento de estas reglas. Por favor use este formulario para informarnos sobre su situación para que podamos determinar si está exento(a) o si ya está cumpliendo con los requisitos de trabajo para ABAWD. Si necesitamos que nos des pruebas de tu situación, te lo pediremos.

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 pruebas (ejemplos):

- Talonarios de sueldo de las 4 semanas más recientes, o
 Una carta firmada y fechada con el membrete de su empleador con el horario anticipado de trabajo para usted y el pago por hora, o
 Prueba de su autoempleo.

- Serví en las Fuerzas Armads de los Estados Unidos (independientemente de las condiciones de vertido o liberación).

Ejemplos de pruebas que puede darnos si le preguntamos:

- Formulario DD 214, certificado de puesta en libertad, o
 Certificado de liberación o baja del servicio activo, o
 Certificado original de baja, o
 Informe de traslado o baja, o
 Tarjeta de identidad militar que indique el servicio en las fuerzas armadas, o
 Carta de pago o concesión de la prestación, o
 Tarjeta de identificación de la VA, o
 Carta del Dept. Veteran Affairs indicando el servicio en las fuerzas armadas, o
 Permiso de conducir que indique la condición de veterano.



Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

W-1460S
(Rev 10/24)

- Estoy sin hogar (Vivo en la calle o en un albergue, o no sé dónde voy a dormir cada noche de forma previsible, o vivo temporalmente con otra persona durante menos de 90 días).

Ejemplos de pruebas que puede darnos si le preguntamos:

- Una carta de un trabajador social en la que se indique que no tienes hogar, o
- Una carta de un centro de acogida para personas sin hogar en la que se indique que vives allí, o
- Una carta de la persona con la que vives temporalmente en la que conste la fecha en que empezaste a a vivir con ella

- Tengo 24 años o menos y estaba en acogida entre mi 18 cumpleaños y mi 21 cumpleaños .

Ejemplos de pruebas que puede darnos si le preguntamos:

- Una carta del DCF o de la Agencia de Acogida Familiar administradora, o
- Información de contacto de su trabajador social del DCF o de la agencia de acogida administradora

- 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 complete y nos lo devuelva. 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 complete y nos lo devuelva. Tiene que mostrar su participación en el programa de tratamiento.

- Yo estoy embarazada.

Denos pruebas (ejemplos):

- Una carta de su médico en la que se indique que está embarazada, o
- Historial médico en el que conste que está embarazada.



Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

W-1460S
(Rev 10/24)

- 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.)

Le daremos un formulario de Reporte Médico para que lo complete y nos lo devuelva. En él debe constar que no puede trabajar al menos 20 horas semanales porque se le necesita para cuidar a una persona incapacitada.

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 pruebas (ejemplos):

- Una carta del programa en la que se indiquen las horas a las que asiste al programa cada semana, o
- Tu horario del programa indicando las horas que asistes al programa cada semana

- Yo asisto a una escuela por lo menos a medio tiempo.

Nombre de Escuela: _____

Denos pruebas (ejemplos):

- Una carta de la escuela a la que asiste en la que conste que asiste al menos a medio tiempo, o
- Horario escolar que demuestre que asistes al menos a medio tiempo.



Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

W-1460S
(Rev 10/24)

- Yo estoy recibiendo compensación por desempleo o he solicitado compensación por desempleo.

Denos pruebas (ejemplos):

- Una carta de compensación por desempleo que muestre la fecha en que presentó la solicitud o la cantidad(es) que recibe, o
- Carta de concesión del beneficio de compensación por desempleo, o
- Imprima los beneficios actuales de compensación por desempleo.

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

Ejemplos de beneficios por discapacidad del gobierno incluyen los beneficios por discapacidad del Seguro Social, la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y los beneficios por discapacidad pagados por el Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. Ejemplos de beneficios privados por discapacidad incluyen ciertas pensiones, compensación para trabajadores y pagos del seguro de discapacidad.

¿Cuál beneficio recibe usted? _____

Denos pruebas (ejemplos):

- Carta de concesión de la prestación por incapacidad, o
- Copia del pago de la prestación por incapacidad, o
- Impresión del historial actual de pagos por incapacidad.

- 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), y
- el número (promedio) de horas que sirve de voluntario(a) cada mes, y
- la firma de un funcionario y la fecha.

Sección 3: Firma de cliente

Firma _____ Fecha _____



Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

W-1460S
(Rev 10/24)

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 acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

(1) correo:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

(2) fax:

(833)-256-1665, o (202)-690-7442; o

(3) correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.



Estado de Connecticut Departamento de Servicios Sociales

W-1460S
(Rev 10/24)

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.