W-1460S
(Rev 11/25)

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

Solicitud de exención del límite de tiempo de SNAP

Las normas del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) definen a los adultos que: (a) tienen entre 18 y 64 años de edad, y (b) no viven con niños menores de 14 años, como "adultos sanos sin dependientes" (ABAWD, por sus siglas en inglés). Los ABAWD solo pueden recibir beneficios de SNAP durante 3 meses en un período de 36 meses, a menos que cumplan con los requisitos de trabajo, capacitación o voluntariado.

Hemos determinado que usted es una persona adulta sin dependientes con capacidad para trabajar (ABAWD, por sus siglas en inglés). Para recibir beneficios de SNAP por más de 3 meses, una persona ABAWD debe trabajar, participar en un programa de empleo y capacitación, participar en un programa de trabajo comunitario (Workfare, por sus siglas en inglés) y/o realizar trabajo voluntario, durante un total de al menos 80 horas al mes

Bajo ciertas circunstancias, un ABAWD puede quedar exento de estas reglas. Por favor, utilice este formulario para informarnos sobre su situación para que podamos determinar si usted está exento de los requisitos de trabajo de SNAP o si ya los está cumpliendo. Si necesitamos que nos entregue pruebas de su situación, se los pediremos, o puede adjuntar pruebas con este formulario.

Sección 1: Tu información

Nombre:_____

Dirección:_____

Número de teléfono: _____ ID de cliente de DSS # _____ Caso de DSS # _____

Sección 2: Marque **todas las opciones que apliquen a su caso** y entréguenos pruebas.

☐ **Estoy trabajando al menos 80 horas por mes o gano al menos $217.50 por semana, incluyendo el trabajo por cuenta propia.**

Envíenos pruebas (ejemplos):

- Talones de pago de las últimas 4 semanas
- Una carta firmada y fechada en el membrete de su empleador indicando sus horas semanales anticipadas y su pago por hora
- Prueba de su trabajo por cuenta propia

☐ **Estoy haciendo trabajo voluntario o de "servicio comunitario".**

Envíenos una carta del lugar donde trabajas como voluntario. La carta debe incluir:

- El número de teléfono y la dirección del lugar donde usted realiza el voluntariado, y
- La cantidad de horas (en promedio) que usted trabaja como voluntario cada mes, y
- La firma de un miembro del personal y la fecha

☐ **Vivo con un niño menor de 14 años (puede ser su propio hijo o hermano, o el hijo de otra familia con la cual vive y con quien compra y prepara los alimentos).**

Nombre y edad del niño: _____

☐ **No puedo trabajar 20 horas por semana debido a una limitación física o mental.** (Los indicadores de que una persona no está apta para trabajar incluyen, pero no se limitan a):

- Una persona que sufre adicción a las drogas o al alcohol y que no está en un programa de rehabilitación
- Personas con falta crónica de vivienda (haber estado sin vivienda de manera continua por al menos 1 año, o haber tenido al menos 4 episodios de falta de vivienda en los últimos 3 años)
- Incapacidad mental o física para trabajar, basada en la observación del trabajador del DSS o verificada por un profesional de la salud calificado cuando la incapacidad no es obvia
- Recepción de cualquier beneficio por discapacidad temporal o permanente

Envíenos pruebas (ejemplos):

- El formulario de informe médico que le proporcionamos para que sea completado y devuelto, o
- Una carta de un profesional de la salud calificado indicando que usted no está física o mentalmente apto para trabajar al menos 20 horas por semana

Nota: Un profesional de la salud calificado es una persona autorizada por la Junta de Examinadores Médicos de Connecticut para proveer atención médica u otros servicios médicos. Si tiene dudas, visite: https://www.elicense.ct.gov/Lookup/LicenseLookup.aspx para verificar si una persona tiene licencia en Connecticut.

☐ **Estoy en un programa de tratamiento para el abuso de sustancias.**

Nombre del programa: _____

Envíenos pruebas (ejemplos):

- Formulario de informe médico que le enviamos
- Una carta del programa de tratamiento confirmando su participación, firmada y fechada por un miembro del personal

☐ **Estoy embarazada.**

Envíenos pruebas (ejemplos):

- Una carta de su médico indicando que usted está embarazada
- Registros médicos que indiquen que usted está embarazada

☐ **Estoy cuidando a una persona que no puede cuidarse por sí misma. (La persona no necesita vivir con usted.)**

Nombre de la persona a quien cuida: _____

Describa lo que usted hace por esta persona: _____

_____

- Haga que un médico, proveedor de salud mental u otro proveedor médico complete y devuelva el Formulario de Informe Médico que le enviamos para la persona que necesita cuidados

- Presente una carta de un médico, proveedor de salud mental u otro proveedor médico que certifique que no puede trabajar 20 horas a la semana porque necesita cuidar a una persona incapacitada.

☐ **Estoy en un programa de capacitación laboral.**

Nombre del programa: _____

Horas que asiste al programa cada semana: _____

Envíenos pruebas (ejemplos):
- Una carta del programa indicando las horas que usted asiste cada semana
- Su horario del programa indicando las horas que usted asiste cada semana

☐ **Estoy asistiendo a la escuela por lo menos a medio tiempo.**

Nombre de la escuela: _____

Envíenos pruebas (ejemplos):
- Una carta actual de la escuela donde usted estudia indicando que asiste al menos medio tiempo
- El horario escolar que muestre que asiste al menos medio tiempo

☐ **Estoy recibiendo beneficios de desempleo o he solicitado beneficios de desempleo.**

Envíenos pruebas (ejemplos):
- Una carta del Departamento de Trabajo que indique la fecha en que solicitó la prestación por desempleo
- Una carta que muestre el monto de la prestación por desempleo que recibe
- Carta de concesión de la prestación por desempleo
- Impresión de los beneficios actuales de la prestación por desempleo

- Una carta del Departamento de Trabajo que indique que tiene una solicitud de prestación por desempleo pendiente

☐ **Recibo beneficios por discapacidad como SSI, SSDI, beneficios del VA o beneficios similares de una fuente privada.**

Ejemplos de beneficios privados por discapacidad incluyen ciertas pensiones, la Compensación para Trabajadores y los pagos de seguros por discapacidad.

¿Qué beneficio recibe? _____

Envíenos pruebas (ejemplos):

- Carta de beneficios por discapacidad
- Copia del pago de discapacidad
- Impresión del historial de pagos actuales por discapacidad
- Comprobante de una solicitud pendiente de beneficios por discapacidad

☐ **Soy miembro o descendiente de una tribu indígena reconocida a nivel federal, reconocida por el estado, o cuya relación federal fue terminada.**

Envíenos pruebas(ejemplos):

- Certificado de Grado de Sangre Indígena (CDIB)
- Tarjeta emitida por la Oficina de Asuntos Indígenas (Bureau of Indian Affairs)
- Tarjeta de Ciudadanía Tribal
- Carta de una tribu reconocida federal o estatal que verifique la membresía
- Otros documentos que verifiquen la membresía tribal

Sección 3: Firma del 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 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.