



無受撫養人健全成人
(Able Bodied Adult Without Dependent, ABAWD)
醫院聲明
(Traditional Chinese)

客戶/患者資訊

客戶/患者資訊: _____

地址: _____

個案號碼: _____ 客戶識別號碼 (Client identification number, CIN): _____ 出生日期: _____

客戶/患者授權

我授權發佈向社會服務部 (Department of Social Services) 請求的醫療資訊和/或參與藥物濫用康復計畫的文件。我瞭解這些資訊將被視為機密。

客戶簽名

日期

醫療保健專業人員:

上述人員要求驗證其健康狀況或計劃參與。請填寫此表並簽名、填妥後回傳給個人。他們已獲得有關如何將表格交回社會服務部的說明。

請回答下列任何適用的問題。請在此表格上簽名並註明日期。包括您在組織中的職業或職位。*

1) 此人是否懷孕? 是 否 未知 不適用
若為是, 截止日期: _____ / _____ / _____

2) 此人是否正在參加藥物濫用治療、復原或諮詢計畫? 是 否
如果是, 預計計畫結束日期: _____ / _____ / _____

3) 此人是否有暫時或永久性的精神和/或身體健康狀況, 這會限制此人每週工作 20 小時或更長時間 (每月 80 小時) 的能力? 是 否

如果是, 請說明此人由於這種情況而無法每週工作 20 小時或更長時間 (每月 80 小時) 的時間範圍:

少於 30 天

1-3 個月

4-6 個月

6-12 個月

超過 12 個月/或無限期

無受撫養人健全成人
(Able Bodied Adult Without Dependent, ABAWD)
醫院聲明 (續)

本人保證上一頁提供的資訊真實且準確。

姓名 (請以正楷書寫)

職稱/職業 *

地址

電話號碼

簽名

_____/_____/_____
表單簽署日期

* 此表格可由以下任何人員簽署：醫生、醫師助理、執業護士、整骨醫生、有執照或有執照的心理學家、藥物濫用諮詢師、有執照的心理健康顧問、有執照的獨立臨床社會工作者、有執照的認證社會工作者和有執照的助產士。為了驗證某人是否參與康復或諮詢計畫 (問題 2)，該計畫的負責人或個人的顧問也可以簽署此聲明。

醫療保健專業人員：

您可以協助殘障人士或有其他疾病的成年人繼續享受補充營養援助計畫 (SNAP) 的福利。

SNAP 福利（以前稱為食品券）允許低收入者購買所需的食物。由於 SNAP 規則稱為無受撫養人健全成人 (ABAWD) 時間限制，許多年齡在 18 至 64 歲之間且不與 SNAP 家庭中 14 歲以下兒童同住的 SNAP 受益人面臨失去 SNAP 福利的風險。該規則將 SNAP 資格限制為三個月，除非該人每週工作或參與某些工作活動至少 20 小時。

只需要幾分鐘，您就能輕鬆提供協助。

由於身體或心理健康問題而每週無法工作 20 小時或更長時間的人不被視為 ABAWD。

常見問題：

根據 ABAWD 規則，身體或精神上「不適合工作」的人的定義是什麼？

經認定身體或精神上不適合工作比殘疾有更廣泛的豁免範圍。如果一個人患有疾病、受傷或其他一些精神或身體限制（無論是暫時性還是永久性），不允許此人按照聯邦 ABAWD 時間限制規則每週工作至少 20 小時，則此人被認為在身體或精神上不適合工作。有些患者的精神或身體健康狀況使他們完全無法工作；其他人有允許他們工作的條件，但他們可能無法全職工作，甚至每週工作 20 小時都做不到。該標準遠不如社會保障社會安全局 (Social Security) 的殘疾標準嚴格，也不需要具體診斷。

如何根據患者的病情驗證此人是否「身體或精神上不適合工作」？

填寫雙面的 ABAWD 醫療聲明表。包括條件的預期時間範圍和您的簽名。各種醫療保健專業人員都可以簽署此表格，包括醫師、醫師助理、執業護士、整骨醫師、有執照或認證的心理學家、藥物濫用諮詢師、有執照的心理健康諮詢師、有執照的獨立臨床社會工作者、有執照的認證社會工作者和有執照的助產士。為了驗證某人是否參與康復或諮詢計畫（問題 2），該項目的主任或個人的輔導員也可以簽署本聲明。