



Registro di partecipazione mensile a istruzione e formazione per ABAWD (Italian)

ISTRUZIONI

Adulti abili senza persone a carico (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) che non lavorano possono soddisfare le regole federali sul lavoro ABAWD partecipando a programmi specifici di istruzione o formazione per almeno 20 ore alla settimana (80 ore al mese). Non utilizzi questo modulo per dimostrare l'iscrizione alla scuola superiore o all'università. Contatti il fornitore del programma ai Percorsi di accesso alle carriere e all'occupazione (Pathways for Access to Careers and Employment, PACE) al numero di telefono nell'ultima pagina di questo avviso per sapere come dimostrare tale iscrizione. Non è necessario compilare questo modulo se è esente dalle regole federali sul lavoro ABAWD.

■ Passaggio 1: Far completare la Parte 2 dal personale del fornitore del programma

Se partecipa a un programma di istruzione o formazione, consegna questo modulo al fornitore del programma, chiedendogli di compilare la Parte 2.

■ Passaggio 2: Inviare questo modulo compilato all'Ufficio delle risorse umane (Human Resources Administration, HRA)

È necessario consegnare questo modulo compilato al fornitore PACE ogni mese per dimostrare di soddisfare le regole federali sul lavoro ABAWD. Se non presenta la prova della partecipazione, potrebbe perdere i benefici del Programma di assistenza alimentare integrativa (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).

Nota: se qualcosa le impedisce di partecipare al programma di istruzione o formazione, informi il fornitore PACE al numero di telefono nell'ultima pagina di questo avviso del motivo e della/e data/e in cui non ha potuto partecipare.

Parte 1: Compilazione a cura del/della Cliente

Nome del/della cliente

Numero del caso

Contea

Indirizzo

Autorizzazione del/della Cliente

Autorizzo il rilascio delle informazioni richieste sul programma di istruzione/formazione all'HRA.

Firma del/della cliente

Data

(Continua alla pagina successiva)

Registro di partecipazione mensile a istruzione e formazione per ABAWD (continua)

Parte 2: Compilazione a cura del Personale del programma di istruzione/formazione

Nome del programma

Nome del fornitore/dell'agenzia

Indirizzo del fornitore/dell'agenzia

Questo programma include: (selezioni tutte le componenti pertinenti)

- Sviluppo educativo generale (General Educational Development, GED)
- Inglese come seconda lingua (English as a Second Language, ESL)
- Apprendimento basato sul lavoro (inclusi stage, apprendistati, formazione sul lavoro, ecc.)
- Ricerca di lavoro Istruzione di base per adulti
- Formazione professionale o tecnica Formazione per la preparazione al lavoro
- Altro: _____

Data di inizio del programma da parte del/della
cliente

Data prevista per il completamento del
programma da parte del/della cliente

Numero di ore di partecipazione del/della cliente al programma

Numero di ore settimanali dedicate alle attività di ricerca di lavoro/preparazione al lavoro

Questo programma è: (selezioni una sola opzione)

- Un programma del Titolo 1 della Legge sull'innovazione e le opportunità della forza lavoro (Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA)
- Un programma ai sensi della sezione 236 della Legge sul commercio del 1974 (Trade Act of 1974)
- Un programma di impiego e formazione per veterani offerto dal Dipartimento del lavoro (Department of Labor) o dal Dipartimento degli affari dei veterani (Department of Veterans Affairs)
- Un servizio di occupabilità per rifugiati riconosciuto a livello federale (approvato, finanziato o gestito dall'Ufficio federale per il reinsediamento dei rifugiati (Office of Refugee Resettlement))

(Continua alla pagina successiva)

Registro di partecipazione mensile a istruzione e formazione per ABAWD *(continua)*

Certificazione del programma

Certifico che il/la cliente indicato/a nella Parte 1 sta attualmente partecipando al programma sopra descritto.

Nome del personale del programma (in stampatello)

Titolo del personale del programma

Telefono del personale del programma

Firma del personale del programma

Data

MODALITÀ DI RESTITUZIONE DI QUESTO MODULO AL FORNITORE PACE



EMAIL — _____



DI PERSONA — portare copie dei documenti a: _____



Inviare via **FAX** i documenti a _____

Soffre di una disabilità o di un problema di salute fisica o mentale? Questo problema di salute le impedisce di comprendere questo avviso o di fare ciò che le viene richiesto? A causa di questa patologia ha difficoltà a ottenere altri servizi presso l'HRA? **Possiamo aiutarla.** Può contattarci al numero 718-557-1399. Può anche chiedere aiuto presentandosi di persona presso un ufficio HRA. Ha il diritto di richiedere questo genere di assistenza secondo la legge.