



월간 ABAWD 교육 및 훈련 참여 기록 (Korean)

지침

부양가족이 없고 신체 건강한 성인(Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) 중 근로 활동을 하지 않는 사람은 매주 최소 20시간(월 80시간) 이상 지정된 교육 또는 훈련 프로그램에 참가자로서 참여함으로써 연방 ABAWD 근로 요건을 충족할 수 있습니다. 고등학교나 대학교 등록 증빙을 위해 이 양식을 사용하지 마시길 바랍니다. 고등학교나 대학교 재학 중임을 증명하는 방법은 본 통지서 마지막 페이지에 제시된 전화번호를 통해 PACE 제공자에게 문의하시기 바랍니다. 연방 ABAWD 근로 요건이 면제되는 경우 이 양식을 작성할 필요가 없습니다.

■ **1단계: 프로그램 제공자 직원이 파트 2를 작성하도록 하십시오.**

교육 또는 훈련 프로그램에 참여하고 있다면, 이 양식을 프로그램 제공자에게 가져가 이 양식의 파트 2를 작성해 달라고 요청하십시오.

■ **1단계: 작성 완료된 본 양식을 HRA에 제출하십시오.**

연방 ABAWD 근로 요건을 충족하고 있음을 증명하기 위해 작성 완료된 본 양식을 매월 PACE 제공자에게 제출해야 합니다. 참가자 증명을 제출하지 않을 경우 SNAP 혜택을 상실하실 수 있습니다.

참고: 교육 또는 훈련 프로그램 참석이 불가능한 상황이 발생할 경우, 본 통지서 마지막 페이지에 있는 전화번호로 PACE 제공자에게 참석하지 못한 이유와 날짜를 알려주십시오.

파트 1: 고객 작성란

고객 이름

케이스 번호

카운티

주소

고객 승인

본인은 요청된 교육/훈련 프로그램 정보를 HRA에 제공하는 것을 승인합니다.

고객 서명

날짜

(다음 페이지로 이동)

월간 ABAWD 교육 및 훈련 참여 기록(계속)

프로그램 인증

본인은 파트 1에 기재된 고객이 현재 상기 명시된 프로그램에 참여하고 있음을 확인합니다.

프로그램 직원 이름(정자로 기재)

프로그램 직원 직함

프로그램 직원 전화번호

프로그램 직원 서명

날짜

PACE 제공자에게 본 양식을 반환하는 방법



이메일 - _____



직접 방문 - _____ 서류 사본을 다음 장소에 직접 제출할 수 있습니다.



팩스 전송 대상 _____

의학적 또는 정신적 질환 또는 장애가 있으십니까? 이러한 질환으로 인해 본 통지서를 이해하거나 본 통지서의 요청 사항을 수행하는 데 어려움이 있으십니까? 이러한 질환으로 인해 인적자원관리국 (Human Resources Administration, HRA)의 다른 서비스를 받기 어려우십니까? **저희가 도와 드리겠습니다.** 718-557-1399번으로 전화해 주십시오. HRA 사무소 방문 시 도움을 요청할 수도 있습니다. 귀하에게는 법에 따라 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.