



## Registro mensual de participación en educación y formación de un ABAWD (Spanish)

### INSTRUCCIONES

Los adultos sanos sin dependientes (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) que no están trabajando pueden cumplir las reglas federales de trabajo de un ABAWD si participan en programas específicos de educación y formación al menos 20 horas por semana (80 horas al mes). No use este formulario para presentar comprobante de inscripción en la escuela secundaria o en la universidad. Comuníquese por teléfono con el proveedor de PACE al número de teléfono que aparece en la última página de este aviso para conocer cómo comprobar que está en la escuela secundaria o en la universidad. Usted no necesita completar este formulario si está exento de las reglas federales de trabajo para un ABAWD.

#### ■ Paso 1: haga que un proveedor del programa complete la Parte 2

Si está en un programa de educación o formación, lleve este formulario al proveedor de su programa. Pídale que complete la Parte 2 de este formulario.

#### ■ Paso 2: presente este formulario completo a la HRA

Debe darle este formulario completo al proveedor de PACE todos los meses para demostrar que cumple las reglas federales de trabajo para un ABAWD. Si no presenta comprobante de su participación, puede perder sus beneficios del SNAP.

**Nota:** Si algo le impide asistir a su programa de educación o formación, informe el motivo y la fecha en la que no pudo ir al proveedor de PACE al número de teléfono que aparece en la última página de este aviso.

---

#### Parte 1: el cliente completa esta parte

Nombre del cliente

Número de caso

Condado

Dirección

#### **Autorización del cliente**

Autorizo que se comparta la información solicitada relacionada con mi participación en el programa de educación/formación a la HRA.

Firma del cliente

Fecha

(Continúa en la página siguiente)

## Registro mensual de participación en educación y formación de un ABAWD *(continuación)*

---

### Parte 2: el personal del programa de educación/formación debe completar esta parte

---

Nombre del programa

---

Nombre del proveedor/agencia

---

Dirección del proveedor/agencia

---

Este programa incluye: (marque todos los componentes que correspondan):

- GED                       Inglés como segundo Idioma (English as a Second Language, ESL)
- Aprendizaje basado en el trabajo (incluyendo pasantías, aprendizajes, formación en el trabajo, etc.)
- Búsqueda de trabajo                       Educación básica para adultos
- Formación vocacional o técnica                       Formación de preparación para el trabajo
- Otro: \_\_\_\_\_
- 

Fecha en la que el cliente empezó el programa

Fecha en la que el cliente espera completar el programa

Cantidad de horas que el cliente participó en el programa

---

Cantidad de horas por semana dedicadas a actividades de búsqueda de trabajo/preparación para el trabajo

---

Este programa es: (marque uno)

- Un programa del Título 1 de la WIOA
- Un programa en virtud del Artículo 236 de la Ley de Comercio de 1974
- Un programa de empleo y formación para veteranos que ofrece el Departamento de Trabajo o el Departamento de Asuntos de Veteranos
- Un servicio federal reconocido de empleabilidad para refugiados (aprobado, financiado u operado por la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados)

**(Continúa en la página siguiente)**

## Registro mensual de participación en educación y formación de un ABAWD (continuación)

### Certificación del programa

Certifico que el cliente mencionado en la Parte 1 actualmente está participando en el programa descrito arriba.

\_\_\_\_\_  
Nombre del personal del programa (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Cargo del personal del programa

\_\_\_\_\_  
Teléfono del personal del programa

\_\_\_\_\_  
Firma del personal del programa

\_\_\_\_\_  
Fecha

### FORMAS DE ENTREGAR ESTE FORMULARIO AL PROVEEDOR DE PACE



**POR CORREO ELECTRÓNICO** — \_\_\_\_\_



Lleve copias de los documentos a:  
**PERSONALMENTE** — \_\_\_\_\_



**Envíe por FAX** los documentos a \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna condición médica, de salud mental o alguna discapacidad? ¿Le dificulta esta condición entender este aviso o hacer lo que se pide en él? ¿Le dificulta esta condición obtener otros servicios de la HRA? Podemos ayudarlo.** Llámenos al 718-557-1399. También puede pedir ayuda cuando visite una oficina de la HRA. Por ley, tiene derecho a este tipo de asistencia.