每月 ABAWD 教育和培训参与记录 (Simplified Chinese)

说明

没有工作的无需抚养家属的健全成人 (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) 可以每周参加至少 20 小时（每月 80 小时）的特定教育或培训计划，以满足联邦 ABAWD 工作规则。请勿使用本表格来展示高中或大学入学证明。请拨打本通知最后一页的电话号码联系 PACE 提供者，了解如何证明您就读于高中或大学。如果您不受联邦 ABAWD 工作规则的约束，则无需填写本表格。

■ **第 1 步：让计划提供者工作人员填写第 2 部分**

如果您正在参加教育或培训计划，请将本表格交给您的计划提供者。请他们填写本表格的第 2 部分。

■ **步骤 2：请于本月底前将填妥的表格提交至 HRA**

您必须每月将此填妥的表格交给 PACE 提供者，以证明您符合联邦 ABAWD 工作规则。如果您不提交参与证明，您可能会失去 SNAP 福利。

注意：如果您因某些原因无法参加教育或培训计划，请拨打本通知最后一页的电话号码联系 PACE 提供者，说明您无法参加的原因和日期。

即便您未通过 PACE 提供者办理相关业务，仍需将本表提交至人力资源管理局 (Human Resources Administration, HRA)。最快、最简便的提交渠道是通过 ACCESS HRA 手机应用上传本表。本告知文件最后一页还列明了其他提交途径。

第 1 部分：由客户填写

客户姓名

个案编号　　县

地址

客户授权

我授权向 HRA 披露所要求的教育/培训计划信息。

客户签名　　日期

（翻页）

每月 ABAWD 教育和培训参与记录*（续）*

第 2 部分：由教育/培训计划工作人员填写

计划名称

提供者/机构名称

提供者/机构地址

该计划包括：（勾选所有适用项）

☐ 普通同等学历证书 (GED) ☐ 以英语为第二语言课程 (English as a Second Language, ESL)

☐ 基于工作的学习（包括实习、学徒、在职培训等）

☐ 求职 ☐ 成人基础教育 ☐ 职业或技术培训

☐ 就业准备培训 ☐ 其它：_____

客户开始计划的日期 客户预计完成计划的日期

客户参与计划的小时数

每周用于求职/求职准备活动的小时数

该计划是：（勾选一项）

☐ WIOA 第 1 篇计划

☐ 1974 年《贸易法案》第 236 条规定的计划

☐ 劳工部 (Department of Labor) 或美国退伍军人事务部 (Department of Veterans Affairs) 提供的退伍军人就业和培训计划

☐ 联邦认可的难民就业服务（由联邦难民安置办公室 (Office of Refugee Resettlement) 批准、资助或运营）

（翻页）

每月 ABAWD 教育和培训
参与记录*（续）*

计划证明

我证明，第 1 部分中列出的客户目前正在参与上述计划。

_____
计划工作人员姓名（请以正楷书写）

_____
计划工作人员职务

_____
计划工作人员电话

_____ _____
计划工作人员签名 日期

务必在本月底前交回本表！

将此表格返回给 PACE 提供者的方法	
	电子邮件 – _____
	亲自递送 – 携带文件副本前往： _____
	传真文件至 _____

未通过 PACE 提供者办理业务时， 向 HRA 提交本表的方式	
	上传 – 通过 ACCESS HRA 手机应用上传本表。请务必将文件类别选择为 ABAWD，提交文件类型选择“FIA-1021y”。
	亲自递交 – 携带文件副本前往本机构任意服务中心办理。可访问网址 www.nyc.gov/site/hra/locations/locations.page 查询就近服务网点。

您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题？此问题是否导致您难以理解此通知或完成此通知所要求的事项？此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务？**我们可助您一臂之力。**请拨打 718-557-1399 与我们联系。您也可以造访 HRA 办公室寻求帮助。根据法律规定，您有权寻求此类帮助。