



## Bénévole ABAWD Registre mensuel de participation (French)

### INSTRUCTIONS

Les adultes valides sans personne à charge (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) qui ne travaillent pas ou ne suivent pas de programme d'éducation ou de formation peuvent satisfaire aux règles fédérales de travail pour les ABAWD en participant bénévolement à des activités de service communautaire. Vous n'avez pas à remplir ce formulaire si vous êtes exempté(e) des règles fédérales de travail pour les personnes ABAWD.

#### ■ Étape 1 : Déterminez le nombre d'heures dont vous avez besoin

Pour connaître le nombre d'heures de bénévolat dont vous avez besoin chaque mois, divisez votre allocation mensuelle du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) par le salaire minimal en vigueur dans l'État de New York (New York State, NYS) pour votre région. Par exemple, si vous recevez \$165 par mois au titre du SNAP et que vous vivez dans la ville de New York (New York City, NYC), où le salaire minimal\* est de \$16.50, vous devez faire 10 heures de bénévolat par mois. Si vous avez besoin d'aide pour calculer vos heures, contactez le prestataire du programme Voies d'accès à la carrière et à l'emploi (Pathways for Access to Careers and Employment, PACE) au numéro de téléphone figurant à la dernière page de cet avis.

\* Le 1<sup>er</sup> janvier 2026, le salaire minimal à NYC passera à \$17.00.

#### ■ Étape 2 : Faites remplir la partie 2 par le personnel du programme de service communautaire

Si vous êtes déjà bénévole ou si vous voulez commencer à l'être, apportez ce formulaire à un organisme public ou à but non lucratif et demandez-leur de remplir la partie 2 de ce formulaire. Pour s'assurer qu'un programme de service communautaire respecte les règles fédérales de travail pour les ABAWD, ou pour trouver un programme, veuillez contacter le prestataire PACE.

**Remarque :** Le programme de service communautaire ne peut pas entrer dans le cadre de la campagne d'un candidat ou d'une candidate à une fonction publique.

#### ■ Étape 3 : Soumettez ce formulaire complété à l'Administration des ressources humaines (Human Resources Administration, HRA)

Vous devez remettre ce formulaire dûment rempli au prestataire PACE chaque mois pour prouver que vous respectez les règles fédérales de travail pour les ABAWD. Si vous ne fournissez pas les justificatifs de votre participation, vous risquez de perdre vos allocations SNAP.

**Remarque :** Si quelque chose vous empêche de participer à votre programme de services communautaires, veuillez en informer le prestataire PACE au numéro de téléphone figurant à la dernière page de cet avis, en indiquant la raison et la ou les dates auxquelles vous n'avez pas pu y participer.

(Tourner la page)

## Bénévole ABAWD Registre mensuel de participation *(suite)*

---

**Partie 1 : À compléter par le/la participant(e)**

---

Nom du/de la participant(e)

---

Numéro du dossier

---

Comté

---

Adresse

**Autorisation du/de la participant(e)**

J'autorise la communication à la HRA des informations demandées sur le programme de bénévolat ou de services communautaires.

---

Signature du/de la participant(e)

---

Date

---

**Partie 2 : À remplir par le personnel du programme de bénévolat ou de services communautaires.**

---

Nom du programme

---

Nom de l'organisme

---

Adresse de l'organisme

S'agit-il d'un organisme public ou à but non lucratif ?  Public  À but non lucratif  
 Autre \_\_\_\_\_

**(Tourner la page)**



## Bénévole ABAWD Registre mensuel de participation *(suite)*

### COMMENT RENVOYER CE FORMULAIRE AU PRESTATAIRE PACE



**PAR E-MAIL** : \_\_\_\_\_



**EN PERSONNE** : \_\_\_\_\_ Apportez des copies des documents à :



**PAR TÉLÉCOPIE** : Envoyez les documents à : \_\_\_\_\_

#### **Vous souffrez d'un handicap ou d'un problème de santé physique ou mentale ?**

Ce problème vous empêche de comprendre le présent avis ou de faire ce qui vous y est demandé ? Ce problème de santé vous empêche de bénéficier d'autres services de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au 718-557-1399. Vous pouvez également demander de l'aide en vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.