



Registro di partecipazione mensile ad attività di volontariato ABAWD (Italian)

ISTRUZIONI

Adulti abili senza persone a carico (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) che non lavorano o non partecipano a un programma di istruzione o formazione possono soddisfare le regole federali sul lavoro ABAWD facendo volontariato in attività di servizio comunitario. Non è necessario compilare questo modulo se è esente dalle regole federali sul lavoro ABAWD.

■ Passaggio 1: Scoprire quante ore sono necessarie

Per sapere quante ore è necessario dedicare al volontariato ogni mese, divida il suo sussidio mensile del Programma di Assistenza alimentare integrativa (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) per il salario minimo attuale dello Stato di New York (New York State, NYS) nella sua zona. Ad esempio, se riceve \$165 al mese in SNAP e vive nella Città di New York (New York City, NYC) dove il salario minimo* è \$16.50, allora deve fare volontariato per 10 ore al mese. Se ha bisogno di aiuto per calcolare le ore, contatti il fornitore del 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.

* Il 1° gennaio 2026, il salario minimo a NYC aumenterà a \$17.00.

■ Passaggio 2: Far completare la Parte 2 dal personale del programma di servizio comunitario

Se sta già facendo volontariato o vuole iniziare, consegni questo modulo a un'organizzazione non-profit o pubblica e chiedi di completare la Parte 2. Per assicurarsi che un programma di servizio comunitario soddisfi le regole federali sul lavoro ABAWD o per trovare un programma, contatti il fornitore PACE.

Nota: il programma di servizio comunitario non può far parte della campagna di un candidato per una carica pubblica.

■ Passaggio 3: 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 SNAP.

Nota: se qualcosa le impedisce di partecipare al programma di servizio comunitario, 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.

(Continua alla pagina successiva)

Registro di partecipazione mensile ad attività di volontariato ABAWD *(continua)*

Parte 1: Compilazione a cura del/della Partecipante

Nome partecipante

Numero del caso

Contea

Indirizzo

Autorizzazione del/della Partecipante

Autorizzo il rilascio delle informazioni richieste sul programma di volontariato/servizio comunitario all'HRA.

Firma del/della partecipante

Data

Parte 2: Compilazione a cura del Personale del programma di volontariato/servizio comunitario

Nome del programma




Nome dell'organizzazione

Indirizzo dell'organizzazione

Questa organizzazione è pubblica o non-profit? Pubblica Non-Profit Altro _____

(Continua alla pagina successiva)

Registro di partecipazione mensile ad attività di volontariato ABAWD *(continua)*

MODALITÀ DI RESTITUZIONE DI QUESTO MODULO AL FORNITORE PACE	
	<u>EMAIL:</u> _____
	<u>DI PERSONA:</u> portare copie dei documenti a: _____
	Inviare via <u>FAX</u> 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.