



## 월간 ABAWD 자원봉사 참여 기록 (Korean)

### 지침

근로를 하지 않거나 교육 또는 훈련 프로그램에 참여하고 있지 않은 부양가족이 없고 신체 건강한 성인(Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD)은 지역사회 자원봉사 활동에 참여함으로써 연방 ABAWD 근로 요건을 충족할 수 있습니다. 연방 ABAWD 근로 요건 면제 대상인 경우 이 양식을 작성할 필요가 없습니다.

#### ■ 1단계: 필요한 시간을 확인하십시오.

매월 필요한 자원봉사 시간을 확인하려면 월별 SNAP 혜택 금액을 귀하의 지역에 대한 현재 뉴욕주(New York State, NYS) 최저 임금으로 나누십시오. 예를 들어, 귀하가 SNAP으로 월 \$165를 받고 최저 임금이 \$16.50인 뉴욕시(New York City, NYC)에 거주하는 경우, 월간 10시간 자원봉사를 해야 합니다. 시간 계산에 도움이 필요할 경우, 본 통지서 마지막 페이지에 있는 전화번호로 PACE 제공자에게 문의하십시오.

\* 2026년 1월 1일, NYC의 최저 임금은 \$17.00로 인상됩니다.

#### ■ 1단계: 지역사회 서비스 프로그램 직원이 파트 2를 작성하도록 하십시오.

이미 자원봉사를 하고 있거나 시작하기를 원하는 경우, 비영리 또는 공공 조직에 본 양식을 가져가 본 양식의 파트 2를 작성해 달라고 요청하십시오. 지역사회 서비스 프로그램이 연방 ABAWD 근로 요건을 충족하는지 확인하거나 해당 요건을 충족하는 프로그램을 찾으려면 PACE 제공자에게 문의하십시오.

**참고:** 공직 후보자의 선거 운동은 지역사회 봉사 프로그램에 해당하지 않습니다.

#### ■ 3단계: 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:** 지역사회 서비스 프로그램 참석이 불가능한 상황이 발생할 경우, 본 통지서 마지막 페이지에 있는 전화번호로 PACE 제공자에게 참석하지 못한 이유와 날짜를 알려주십시오.

(다음 페이지로 이동)

## 월간 ABAWD 자원봉사 참여 기록(계속)

### 파트 1: 참가자 작성란

참가자 이름

케이스 번호

카운티

주소

#### 참가자 승인

본인은 요청된 자원봉사/커뮤니티 서비스 정보를 HRA에 제공하는 것을 승인합니다.

참가자 서명

날짜

### 파트 2: 자원봉사/커뮤니티 서비스 프로그램 직원 작성란

프로그램 이름

기관 이름

기관 주소

공공 또는 비영리 기관입니까?  공공기관  비영리 기관  기타 \_\_\_\_\_

(다음 페이지로 이동)



## 월간 ABAWD 자원봉사 참여 기록(계속)

### PACE 제공자에게 본 양식을 반환하는 방법



**이메일:** \_\_\_\_\_



**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.