



Miesięczny raport uczestnictwa ABAWD w działaniach wolontariackich (Polish)

INSTRUKCJE

Pełnosprawni dorośli bez osób na utrzymaniu (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD), którzy nie pracują ani nie uczestniczą w programie edukacyjnym lub szkoleniowym, mogą spełnić wymogi federalnych zasad pracy ABAWD poprzez wolontariat w ramach prac społecznych. Nie trzeba wypełniać tego formularza, jeśli jest Pan/Pani zwolniony(-a) z obowiązku spełnienia wymogów federalnych zasad pracy ABAWD.

Krok 1: Dowiedzieć się, ile godzin Pan/Pani potrzebuje

Aby dowiedzieć się, ile godzin wolontariatu potrzebuje Pan/Pani co miesiąc, należy podzielić swoje miesięczne świadczenie w ramach Programu dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) przez aktualną płacę minimalną stanu Nowy Jork (New York State, NYS) dla swojego obszaru. Na przykład, jeśli otrzymuje Pan/Pani \$165 miesięcznie w ramach programu SNAP i mieszka w mieście New York (New York City, NYC), gdzie płaca minimalna* wynosi \$16.50, trzeba poświęcić na wolontariat 10 godzin miesięcznie. Jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy w obliczeniu godzin, należy skontaktować się z podmiotem zarządzającym programem ścieżki dostępu do kariery i zatrudnienia (Pathways for Access to Careers and Employment, PACE) pod numerem telefonu podanym na ostatniej stronie tego zawiadomienia.

* 1 stycznia 2026 r. płaca minimalna w NYC wzrośnie do \$17.00.

Krok 2: Poprosić członka personelu programu usług dla społeczności o wypełnienie części 2

Jeśli bierze Pan/Pani już udział w wolontariacie lub chce Pan/Pani zacząć, należy zanieść ten formularz do organizacji non-profit lub publicznej i poprosić o wypełnienie części 2 tego formularza. Aby upewnić się, czy program służby dla społeczności spełnia federalne zasady pracy ABAWD lub znaleźć program, należy skontaktować się z podmiotem zarządzającym programem PACE.

Uwaga: Program służby dla społeczności nie może być częścią kampanii kandydata na urząd publiczny.

Krok 3: Przesłać ten wypełniony formularz do Działu Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA)

Należy przekazywać ten wypełniony formularz podmiotowi zarządzającemu programem PACE co miesiąc, aby udowodnić, że spełnia Pan/Pani federalne zasady pracy ABAWD. Jeśli nie prześle Pan/Pani dowodu uczestnictwa, może Pan/Pani stracić świadczenia SNAP.

Uwaga: Jeśli coś uniemożliwia Panu/Pani udział w programie prac społecznych, należy poinformować podmiot zarządzający programem PACE pod numerem telefonu podanym na ostatniej stronie tego zawiadomienia o przyczynie i dacie (datach), w których nie mógł Pan/nie mogła Pani uczestniczyć.

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Miesięczny raport uczestnictwa ABAWD w działaniach wolontariackich *(ciąg dalszy)*

Część 1: Do wypełnienia przez uczestnika

Imię i nazwisko uczestnika

Numer sprawy

Powiat

Adres

Oświadczenie uczestnika

Wyrażam zgodę na udostępnienie do HRA żądanych informacji o programach wolontariackich/prac społecznych.

Podpis uczestnika

Data

Część 2: Do wypełnienia przez personel programu wolontariackiego/prac społecznych

Nazwa programu

Nazwa organizacji

Adres organizacji

Czy ta organizacja jest publiczna czy non-profit? Publiczna Non-Profit

Inna _____

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Miesięczny raport uczestnictwa ABAWD w działaniach wolontariackich *(ciąg dalszy)*

/ /

Data rozpoczęcia programu przez uczestnika (przeszła lub przyszła) Bieżący miesiąc/rok

Liczba godzin wolontariatu uczestnika w programie w tym miesiącu

Jeśli uczestnik wykonuje już pracę wolontariacką w ramach programu, należy wskazać poniżej, ile godzin miesięcznie zrealizował:

Miesiąc/rok	Zrealizowane godziny

Oświadczenie dot. programu

Oświadczam, że uczestnik wymieniony w części 1 obecnie wykonuje pracę wolontariacką w ramach programu opisanego powyżej.

Imię i nazwisko członka personelu programu (drukowanymi literami)

Tytuł członka personelu programu

Telefon do członka personelu programu

Podpis członka personelu programu

Data

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Miesięczny raport uczestnictwa ABAWD w działaniach wolontariackich (ciąg dalszy)

SPOSOBY ZWROTU NINIEJSZEGO FORMULARZA DO DOSTAWCY PACE



ZA POŚREDNICTWEM
POCZTY E-MAIL: _____



OSOBIŚCIE: _____

Należy przynieść kopie dokumentów do:



Należy przesłać dokumenty **FAKSEM** pod numer: _____

Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością lub cierpi na chorobę fizyczną lub psychiczną? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy ten stan utrudnia Panu/Pani uzyskanie innych usług od HRA? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem 718-557-1399. Pomoc można również uzyskać w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.