



## Ежемесячная волонтерская деятельность АBAWD Запись об участии (Russian)

### ИНСТРУКЦИИ

Трудоспособные взрослые, не имеющие иждивенцев (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD), которые не работают или не участвуют в программах обучения или тренингов, могут выполнить федеральные правила трудоустройства АBAWD, участвуя в общественных работах на добровольных началах. Вам не нужно заполнять эту форму, если вы освобождены от федеральных правил трудоустройства АBAWD.

#### ■ Шаг 1. Уточните, сколько часов вам необходимо

Чтобы узнать, сколько часов вам нужно работать волонтером каждый месяц, разделите ваше ежемесячное пособие по Программе дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) на минимальную зарплату в штате Нью-Йорк (New York State, NYS) в вашем регионе. Например, если вы получаете \$165 в месяц по программе SNAP и живете в г. Нью-Йорке (New York City, NYC), где минимальная заработная плата\* составляет \$16.50, то вы должны работать волонтером 10 часов в месяц. Если вам нужна помощь в определении количества часов, свяжитесь с поставщиком услуг Программы возможности доступа к профессиональной карьере и трудоустройству (Pathways for Access to Careers and Employment, PACE) по телефону, указанному на последней странице этого уведомления.

\* С 1 января 2026 года минимальная заработная плата в г. Нью-Йорке увеличивается до \$17.00.

#### ■ Шаг 2. Попросите сотрудников программы общественных работ заполнить Часть 2

Если вы уже занимаетесь волонтерской деятельностью или хотите начать, отнесите эту форму в некоммерческую или общественную организацию и попросите их заполнить часть 2 этой формы. Чтобы убедиться, что программа общественных работ соответствует федеральным правилам трудоустройства АBAWD, или найти такую программу, обратитесь к поставщику услуг PACE.

**Примечание.** Программа общественных работ не может быть частью предвыборной кампании кандидата на государственную должность.

#### ■ Шаг 3. Отправьте эту заполненную форму в Управление по трудовым ресурсам (Human Resource Administration, HRA)

Вы должны предоставлять эту заполненную форму поставщику услуг PACE каждый месяц, чтобы подтвердить, что вы выполняете федеральные правила трудоустройства АBAWD. Если вы не представите подтверждение своего участия в программе, вы можете лишиться пособия по SNAP.

**Примечание.** Если вы по какой-либо причине не сможете посетить программу общественных работ, пожалуйста, сообщите об этом поставщику услуг PACE по телефону, указанному на последней странице данного уведомления, указав причину и дату (даты) вашего отсутствия.

**(Продолжение на следующей странице)**

## Ежемесячная волонтерская деятельность АBAWD Запись об участии (продолжение)

### Часть 1: Заполняется участником

Имя и фамилия участника

Номер дела

Округ

Адрес

#### Разрешение участника

Я разрешаю предоставить HRA запрашиваемую информацию о программе волонтерства/общественных работ.

Подпись участника

Дата

### Часть 2: Для заполнения сотрудниками программы волонтерской/общественных работ

Название программы

Название организации

Адрес организации

Является ли данная организация государственной или некоммерческой?

Государственная  Некоммерческая  Другая \_\_\_\_\_

(Продолжение на следующей странице)



## Ежемесячная волонтерская деятельность АBAWD Запись об участии (продолжение)

### СПОСОБЫ ВОЗВРАТА ЭТОЙ ФОРМЫ ПОСТАВЩИКУ УСЛУГ РАСЕ



ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ: \_\_\_\_\_



ЛИЧНО: \_\_\_\_\_  
Подайте копии документов по адресу:



Отправьте документы по ФАКСУ: \_\_\_\_\_

#### **У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность?**

Это состояние мешает Вам понять содержание настоящего уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Это состояние не позволяет Вам пользоваться другими услугами HRA? **Мы можем помочь.** Позвоните по номеру 718-557-1399. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения отделения HRA. У Вас есть законное право на это.