



## Registro mensual de participación voluntaria para un ABAWD (Spanish)

### INSTRUCCIONES

Los adultos sanos sin dependientes (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) que no están trabajando ni participan en un programa de educación o formación pueden cumplir reglas federales de trabajo para un ABAWD si hacen trabajo voluntario en actividades de servicio comunitario. Usted no necesita completar este formulario si está exento de las reglas federales de trabajo para un ABAWD.

#### ■ Paso 1: determine cuántas horas necesita hacer

Para saber cuántas horas debe hacer como voluntario cada mes, divida sus beneficios mensuales del SNAP entre el sueldo mínimo actual del estado de Nueva York (New York State, NYS). Por ejemplo, si recibe \$165 por mes del SNAP y vive en la ciudad de Nueva York (New York City, NYC), donde el sueldo mínimo\* es \$16.50, debe ofrecerse como voluntario 10 horas por mes. Si necesita ayuda para calcular sus horas, comuníquese con el proveedor de PACE al número de teléfono que aparece en la última página de este aviso.

\* El 1 de enero de 2026, el sueldo mínimo de NYC aumentará a \$17.00.

#### ■ Paso 2: pida al personal del programa de servicio comunitario que complete la Parte 2

Si ya participa como voluntario o quiere empezar, lleve este formulario a una organización pública o sin fines de lucro y pida que completen la Parte 2 de este formulario. Para garantizar que un programa de servicios comunitarios cumpla las reglas federales de trabajo para un ABAWD o para encontrar un programa, comuníquese con el proveedor de PACE.

**Nota:** El programa de servicio comunitario no puede ser parte de la campaña de un candidato a un cargo público.

#### ■ Paso 3: presente este formulario completo a la HRA

Debe darle este formulario completo al proveedor de PACE todos los meses para demostrar que cumple las reglas federales de trabajo para un ABAWD. Si no presenta un comprobante de su participación, puede perder sus beneficios del SNAP.

**Nota:** Si algo le impide asistir a su programa de servicio comunitario, informe el motivo y la fecha en la que no pudo ir al proveedor de PACE al número de teléfono que aparece en la última página de este aviso.

(Continúa en la página siguiente)

## Registro mensual de participación voluntaria para un ABAWD *(continuación)*

---

**Parte 1: el participante debe completar esta parte**

---

Nombre del participante

---

Número de caso

---

Condado

---

Dirección

**Autorización del participante**

Autorizo que se comparta la información solicitada relacionada con mi participación en el programa de voluntariado/servicio comunitario a la HRA.

---

Firma del participante

---

Fecha

---

**Parte 2: el personal del programa de voluntariado/servicio comunitario debe completar esta parte**

---

Nombre del programa

---

Nombre de la organización

---

Dirección de la organización

¿Esta organización es pública o sin fines de lucro?  Pública  Sin fines de lucro

Otro \_\_\_\_\_

**(Continúa en la página siguiente)**



## Registro mensual de participación voluntaria para un ABAWD *(continuación)*

### FORMAS DE ENTREGAR ESTE FORMULARIO AL PROVEEDOR DE PACE



**POR CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_



**PERSONALMENTE:** Lleve copias de los documentos a: \_\_\_\_\_



**Envíe por FAX** los documentos a: \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna condición médica, de salud mental o alguna discapacidad? ¿Le dificulta esta condición entender este aviso o hacer lo que se pide en él? ¿Le dificulta esta condición obtener otros servicios de la HRA? Podemos ayudarlo.** Llámenos al 718-557-1399. También puede pedir ayuda cuando visite una oficina de la HRA. Por ley, tiene derecho a este tipo de asistencia.